
Revisionsrapport
***Kvalitet inom
äldreomsorgen***

Sollefteå kommun

Anneth Nyqvist

September 2011



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	1
2	Inledning	2
2.1	Bakgrund	2
2.2	Revisionsfråga och revisionskriterier	2
2.3	Avgränsning	2
2.4	Revisionsmetod	2
3	Lagar och styrdokument	3
3.1	Socialtjänstlagen och Socialstyrelsens föreskrifter	3
3.2	Kvalitetssystem som avser HSL-insatser	3
3.3	Kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade	4
3.4	Nationell värdegrund	4
4	Granskningsresultat	5
4.1	Definition av kvalitets begrepp	5
4.1.1	”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”	5
4.1.2	Äldreguiden	6
4.1.3	Revisionell bedömning	6
4.2	Organisation, styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet	7
4.2.1	Organisation	7
4.2.2	Nämndens mål	7
4.2.3	Styrning och uppföljning	8
4.2.4	Kvalitetskrav och uppföljning av externa utförare	9
4.2.5	Revisionell bedömning	9
4.3	Kvalitetssystem	10
4.3.1	Ledningssystemet för SoL, LVU, LVM och LSS	10
4.3.2	Ledningssystemet för HSL	13
4.3.3	Revisionell bedömning	14

1 Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Sollefteå kommun har PwC genomfört en granskning avseende kvalitet inom kommunens äldreboenden. Följande revisionsfråga har varit aktuell:

- Har vård- och äldrenämnden inrättat ändamålsenligt kvalitetssystem för hälso- och sjukvårdsinsatserna inom äldreomsorgen och äldreomsorgens insatser enligt socialtjänstlagen?

Vård- och äldrenämnden har antagit ett kvalitetssystem som i stora delar uppfyller de krav som finns enligt SOSFS 2005:12 och SOSFS 2006:11. Kvalitetssystemet har ännu inte hunnit implementeras bland arbetsledare och personal och vi menar att detta bör vara en prioriterad fråga för nämnden och förvaltningsledningen framöver.

Nämndens värdegrund utgår från socialtjänstlagen 5 kap 4 § och har arbetats fram med bred förankring i verksamheten. Vi menar därmed att det finns en klar koppling från socialtjänstlagens intentioner ner till verksamheten.

När det gäller mål och uppföljning saknas det en tydlig röd tråd från nämndens mål ner till de enskilda enheterna. Uppföljning av målen bör ske både i samband med delårsbokslut och årsredovisning.

Organisation och ansvar i kvalitetsarbetet är väl dokumenterat i kvalitetssystemet men personalen anser att både ansvaret och kravet på dokumentation är otydligare gällande socialtjänstlagen (SoL) än hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Kvalitetskrav saknas i avtalet med Rådmsgården. Uppföljning sker endast en gång per år i samband med bokslut.

Sammanfattningsvis bedömer vi att det antagna kvalitetssystemet är ändamålsenligt utformat men vi lämnar följande förslag på utvecklingsområden:

- Nämnden bör vidareutveckla målstyrningen bl a genom att de övergripande målen bryts ner på enhetsnivå.
- I ledningssystemet eller kvalitetsplanen bör det finnas en hänvisning till vilka dokument i form av rutiner och riktlinjer som finns för respektive rubrik.
- Ansvar och krav på dokumentation utifrån SoL bör förtydligas.
- Kvalitetskrav bör utformas avseende externa utförare. Det kan vara lämpligt att utforma dem på ett sätt så att de kan användas även för interna enheter för att tydliggöra nämndens krav.
- Resultaten i Socialstyrelsens jämförelser bör tydligare kopplas till nämndens utvecklings- och förbättringsarbete. Enkäter bör kompletteras med mer djupgående intervjuer.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen ansvar för att äldre personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull gemenskap med andra.

Kommunen har enligt socialtjänstlagen ett ansvar för att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. I begreppen inryms bl a rättssäkerhet, kompetens, bemötandefrågor, den enskildes medinflytande samt att vården är lättillgänglig. För att säkerställa detta ska kvaliteten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkerställas.

Det förutsätter att det finns ett kvalitetssystem. I en föreskrift från Socialstyrelsen anges vilka områden detta bör innehålla.

2.2 Revisionsfråga och revisionskriterier

Följande revisionsfråga har varit aktuell:

- Har vård- och äldrenämnden inrättat ändamålsenligt kvalitetssystem för hälso- och sjukvårdsinsatserna inom äldreomsorgen och äldreomsorgens insatser enligt socialtjänstlagen?

Kontrollmål/granskningsmål:

- Definition av kvalitetsbegrepp
- Finns det ett dokumenterat kvalitetssystem som omfattar de områden som anges i Socialstyrelsens föreskrifter avseende hälso- och sjukvårdsinsatserna (HSL)?
- Finns det ett dokumenterat kvalitetssystem som omfattar de områden som anges i socialtjänstlagen och i Socialstyrelsens allmänna råd(SoL)?
- Är ansvaret för kvalitetsarbetet tydligt definierat och finns det en tydlig organisation och plan för hur det ska bedrivas och följas upp?

2.3 Avgränsning

Granskningen avser särskilt boende inom vård- och äldrenämnden och omfattar både verksamheten vid Gunillagården och Lissgården som bedrivs i egen regi och Rådmsgården som bedrivs på entreprenad.

2.4 Revisionsmetod

Genomgång av lagar, författningar, Socialstyrelsens föreskrifter, kommunens styrdokument, avtal med entreprenörer, kvalitetsundersökningar m m. Intervjuer med ordförande och ledamot från oppositionen i vård- och äldrenämnden, styrelseordförande Rådmsgården, förvaltningschef och verksamhetsutvecklare, äldreomsorg, platsbesök på utvalda äldreboenden med intervjuer av enhetschefer, sjuksköterskor och vårdpersonal.

3 Lagar och styrdokument

3.1 Socialtjänstlagen och Socialstyrelsens föreskrifter

Kommunernas ansvar för service och omsorg regleras i socialtjänstlagen (SoL) och ansvaret för hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Socialstyren beslutade 1996 om föreskrifter och allmänna råd avseende kvalitets-system i hälso- och sjukvården och de har kontinuerligt uppdaterats. Föreskrifter är tvingande medan allmänna råd är rekommendationer.

SoL är en ramlag som anger riktningen för bl a äldreomsorgen. Enligt 5 kap. 4 § SoL ska socialtjänsten verka för att äldre får möjlighet att leva och bo under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. En av de viktigaste principerna i SoL är att verksamheten ska präglas av en helhetssyn på individen och dennes behov – där sociala, fysiska, medicinska, psykiska och existentiella behov ska beaktas (SOSFS 1998:8).

Vidare anger socialtjänstlagen att all verksamhet skall vara av god kvalitet och att den skall utvecklas och säkras systematiskt (SoL kap 3 § 3). Detta ställer krav på att kommunerna skall ha ett kvalitetssystem för all verksamhet inom socialtjänsten.

Kvalitetssystem för HSL-insatser regleras i SOSFS 2005:12 och insatser enligt SoL regleras i SOSFS 2006:11. Ur verksamhetssynpunkt kan det vara gynnsamt att dessa system samordnas, vilket också framhålls av Socialstyrelsen i SOSFS 2006:11, ”är det viktigt att en gemensam syn på kvalitetssäkrings- och kvalitetsutvecklingsarbetet kommer till stånd inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhetsområden.

Ett ändamålsenligt kvalitetssystem behöver inte innebära att det finns en samlad dokumentation i en pärm eller dylikt. Det ska dock klart framgå att arbetet med ständiga förbättringar är systematiskt och ständigt pågående. Det ska byggas på allas delaktighet och syfta till att förbättra för brukarna. Ett ”kvalitetstänkande” bör genomsyra verksamheten, och upplevas som en tillgång istället för ytterligare en arbetsbelastning.

3.2 Kvalitetssystem som avser HSL-insatser

Enligt 28 § HSL (1982:763) skall ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet.

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet skall vårdgivaren, enligt föreskrifterna, inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

Det systematiska kvalitetsarbetet skall:

- Syfta till att förebygga vårdskador
- Utgå från syftet med verksamheten, identifierade och prioriterade vårdbehov samt vårdprocesserna
- Utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp och
- Vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen

3.3 Kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade

Ansvarig nämnd bör fastställa en övergripande inriktning och policy för verksamhetens kvalitet, samt säkerställa att det i varje verksamhet finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem. Det bör också framgå vem eller vilka som har ansvaret för kvalitets- säkrings- och kvalitetsutvecklingsarbetet.

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkra verksamhetens kvalitetsarbete skall nämnden inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

Ledningssystemet skall säkerställa:

- Uppföljningsbara mål utifrån SoL eller LSS fastställs
- Att kvalitetsarbetets inriktning och omfattning är anpassad till vad som krävs för att uppnå verksamhetens mål
- Att ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet fastställs
- Att enskilda och grupper, t ex brukarorganisationer, ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten
- Att personalen görs delaktig i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten
- Att kvalitetsarbetet dokumenteras och följs upp.

3.4 Nationell värdegrund

Den 1 januari 2011 trädde två nya bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), i kraft. I 5 kap. 4 § SoL införs en bestämmelse om en *nationell värdegrund för äldreomsorgen* och i 5 kap. 5 § SoL införs en bestämmelse som tydliggör *den äldre personens ökade möjligheter till inflytande vid genomförandet av insatserna*.

Bestämmelserna innebär i korthet att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Med detta avses bland annat äldreomsorgen bör värna och respektera var och ens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning. Verksamheten bör bidra till att den enskilde känner trygghet och meningsfullhet. Insatserna inom äldreomsorgen ska vara av god kvalitet och den äldre personen ska få ett gott bemötande.

4 Granskningsresultat

4.1 Definition av kvalitetsbegrepp

”**Kvalitet** avser ett värde eller unikhhet som ett subjekt eller objekt har i tid och rum, vare sig det gäller konstnärliga verk, produkter (vara, tjänst, person eller kapital) med mera.” (Wikipedia)

I förarbetena till de så kallade kvalitetsparagraferna 3 kap 3 § SoL och 6 § LSS konstateras det att kvalitet är ett svårfångat begrepp. Vad som är god kvalitet går inte att fastställa på ett objektivt sätt, bl a eftersom olika behov och förväntningar påverkar föreställningarna om vad som är god kvalitet. Socialtjänstlagen innehåller grundläggande värderingar och principer för socialnämndens verksamhet. Principerna uttrycks i 1 § den sk portalparagrafen som bl a slår fast att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Den slår även fast att socialtjänstens arbete och utformning av insatser alltid ska utgå från den enskildes behov och livssituation.

I förarbetena lyfts dessutom bemötandet av enskilda inom socialtjänsten fram som en viktig faktor:

”Kärnan i det sociala arbetet är själva klientarbetet och då främst det som sker i mötet mellan socialarbetare och klient. En förtroendefull samverkan mellan den enskilde och socialtjänstens personal och respekten för den enskildes personliga integritet är därför av stor betydelse för kvaliteten. Det är väsentligt att socialtjänsten visar lyhördhet och inlevelseförmåga i den enskildes förhållanden samt att denne har insyn i och reellt inflytande över de insatser som ges” (Prop 1996/97 124 s 52).

I ”styrdokument för Sollefteå kommun” återfinns ett avsnitt om kvalitet under punkt 2.3. I denna framgår att kvalitet i Sollefteå kännetecknas av vår förmåga att uppfylla det som föreskrivs i lag och förordning, tillgodose behov och infria förväntningar hos medborgare, brukare och medarbetare. Fyra kvalitetskriterier har definierats; tillgänglighet, bemötande, inflytande och kompetens.

I nämndens värdegrund hänvisas till socialtjänstlagen 5 kap 4 § där det framgår att socialtjänstens verksamhet, som rör omsorg om de äldre, ska inriktas på att äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Det vanligaste sättet att få kunskap om hur brukarna uppfattar kvaliteten i verksamheten är genom enkäter. Vård- och äldrenämnden gör inga egna undersökningar utan anser att Socialstyrelsens undersökningar är tillräckliga.

4.1.1 ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen”

Socialstyrelsens rikstäckande undersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen” (Socialstyrelsen 2010-11-14) visar att de äldre i riket är nöjda med sitt äldreboende i stort och med flertalet kvalitetsområden. Framför allt får trygghet i

boendet, boendemiljö och vårdinsatser höga omdömen. De äldre är också nöjda med lägenheten i äldreboendet, de gemensamma utrymmena, närområdet och att de har fått plats på det äldreboende de bor på. Vidare anser de äldre att vårdinsatserna fungerar väl och att de känner sig trygga med att bo i äldreboende. De har också goda möjligheter att vid behov komma i kontakt med personalen.

Information, inflytande, maten samt social samvaro och aktiviteter är de områden som får lägst omdömen. Mest missnöjda är de äldre med bristen på möjlighet till en pratstund med personalen och svårigheten att kunna komma ut när de vill.

NKI, Nöjd kundindex, ligger totalt på 72 i Sollefteå vilket är på samma nivå som riket. Siffrorna för respektive ingående faktor följer mönstret i riket, d v s de äldre i Sollefteå är nöjda eller mindre nöjda inom samma områden som de äldre i riket. Inom områdena bemötande, hjälpen/vårdens omfattning, social samvaro och aktiviteter samt boendemiljö ligger Sollefteå 2 % eller mer sämre än riket. De områden som ligger 2 % eller bättre än riket är inflytande, städning, tvätt och dusch samt vårdinsatser.

4.1.2 Äldreguiden

Äldreguiden är en annan undersökning som genomförs av Socialstyrelse och den är ett hjälpmedel för äldre och deras närstående som vill ha information om en viss verksamhet eller om kommunens äldreomsorg i stort. Men den är också till för personal och ledning. Äldreguiden ger vägledning för att jämföra kvaliteten på vården och omsorgen vid landets äldreboenden, korttidsboenden, dagverksamheter och hemtjänstverksamheter. Det finns också möjligheter att jämföra kvaliteten på vården och omsorgen mellan landets kommuner och mellan de olika stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö.

Tanken är att information i Äldreguiden ska kunna användas i arbetet med att förbättra kvaliteten inom vården och omsorgen av de äldre. Socialstyrelsen gör årligen nya enkätundersökningar och uppdaterar Äldreguiden.

Reflektioner vid intervjuer

Socialstyrelsens undersökningar presenteras för vård- och äldrenämnden. Vid intervjuer framkommer att resultaten av jämförelserna inte har föranlett några direkta åtgärder från nämndens sida. Samtidigt är flera av nämndens mål för 2011 kopplade till de faktorer som ingår i "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen"?

4.1.3 Revisionell bedömning

Det vanligaste sättet att mäta upplevd kvalitet är genom enkäter. Trots att det både görs nationella enkäter och många kommuner gör egna undersökningar ser vi att många kommuner fortfarande har svårt att definiera vad som egentligen krävs för att garantera nöjda brukare. Vi tror att ett sätt kan vara att komplettera enkäter med mer djupgående intervjuer med brukare och anhöriga för att få en bättre uppfattning om vad som krävs för att brukarna ska känna sig mer nöjda.

Vidare menar vi att resultaten i gjorda jämförelse på ett tydligare sätt bör kopplas till nämndens förbättrings- och utvecklingsarbete.

4.2 Organisation, styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet

4.2.1 Organisation

Inom äldreomsorgen finns verksamhetsutvecklare samt verksamhetschefer för särskilt boende, hemtjänst, hälso- och sjukvård samt myndighetsutövning. På de kommunala boendena finns enhetschefer. På Rådmsgården är distriktssköterska ansvarig och på Graningebyn intrapenadchef.

Förvaltningschefen ansvarar för att leda och fördela kvalitetsarbetet i enlighet med nämndens direktiv och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Verksamhetschefen för HSL ska bl a ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet skall bedrivas, ansvara för att mål formuleras och för att dessa nås samt ansvara för uppföljning och analys av verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har det övergripande ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård och ansvarar därmed för tillsyn, egenkontroll och uppföljning samt för att upprätta rutiner enligt HSL. Verksamhetscheferna ansvarar för att i samverkan över verksamhetsgränser bedriva kvalitetsarbete samt för att ta fram verksamhetsspecifika rutiner. Enhetscheferna ansvarar för att alla medarbetare görs delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet och ansvarar för att kvalitetsarbetet genomförs och dokumenteras enligt beslutad plan.

Reflektioner från intervjuer

Flera framför att de tycker att kvalitetsarbetet avseende HSL är tydligare organiserat än för SoL där man ibland är osäker på vem som ansvarar för vad.

4.2.2 Nämndens mål

Vård- och äldrenämnden har fastställt följande mål avseende kvalitet för 2011:

- Andelen omsorgspersonal med undersköterskeutbildning eller annan jämförbar utbildning ska öka med minst 5 % årligen för att på sikt nå 100 %.
- Vid årlig uppföljning ska minst 90 % av brukarna vara nöjda med maten.
- Brukare eller anhöriga/god man inom äldreomsorgen ska ha fått information om vård- och äldrenämndens omsorgsgarantier och synpunktshantering samt för särskilt boende, landstingets patientnämnd-etiska nämnd.
- I nämndens särskilda boenden, dagverksamhet och träffpunkter ska fler än två aktiviteter erbjudas varje vecka.
- Ledningssystemet för kvalitet ska integreras i nämndens system för budget och verksamhetsplanering.
- En kvalitetsplan kopplad till ledningssystem för kvalitet ska upprättas årligen och godkännas av vård- och äldrenämnden. Planens ska beskriva de

åtgärder som behöver vidtas för att kvalitet inom nämndens ansvarsområde ska säkerställas och utvecklas.

- Uppföljning av beslutad värdegrund ska göras årligen på alla arbetsplatser.
- Personal som har till uppgift att introducera ny personal ska få kompetensutveckling och möjlighet till erfarenhetsutbyte.

Nämndens mål bryts inte ner på de enskilda enheterna och de lämnar ingen rapport i form av verksamhetsbeskrivningar till nämnden. Däremot rapporterar enhetscheferna på chefsdagar hur de har arbetat med de övergripande målen. Några av enheterna har egna mål men det finns inte en tydlig koppling till nämndens övergripande mål.

4.2.3 Styrning och uppföljning

Enligt nämndens mål ska en kvalitetsplan kopplad till ledningssystem för kvalitet upprättas årligen och godkännas av vård- och äldrenämnden. Planen ska beskriva de åtgärder som behöver vidtas för att kvalitet inom nämndens ansvarsområde ska säkerställas och utvecklas.

Kvalitetsplanför 2011-2013 fastställdes av nämnden 2010-10-28. För varje rubrik i kvalitetssystemet anges framgångsfaktorer och därefter anges i matris:

- Aktivitet
- Målinriktning
- Vad ska mätas
- Behov av åtgärd
- Tidplan
- Uppföljning/redovisning
- Ansvarig

Under uppföljning/redovisning framgår att redovisning ska ske till nämnden i mars efterföljande år. Eftersom kvalitetsplanen antogs 2010 blir 2011 det första året den följs upp. Vi har därför inte kunnat göra någon bedömning av hur uppföljningen ser ut i denna del.

Nämndens uppföljning görs via verksamhetschefen som deltar vid nämndens sammanträden och informerar om verksamheten. Det förekommer inte att någon enskild enhetschef deltar vid nämndssammanträden, oavsett om det förekommer underskott eller brister i verksamheten på enheten, utan all kontakt sker via verksamhetschefen. Däremot finns det utsedda kontaktpolitiker som besöker de olika enheterna med jämna mellanrum.

Reflektioner från intervjuer

Nämndens mål har nu tagits fram gemensamt av tjänstemän och politiker vilket uppfattas öka förutsättningarna för att målen ska vara realistiska och genomförbara.

De flesta av de intervjuade känner inte till nämndens mål, men de vet i stort sett vilka mål som finns för den egna enheten. Enhetscheferna rapporterar på chefsdagar hur de har arbetat med de övergripande målen, men det görs inga skriftliga rapporter. Enheterna följer upp de egna målen på arbetsplatsträffar.

Intervjuerna visar att personalen känner sig delaktig i kvalitetsarbetet. Om de har synpunkter kan de lyftas till enhetschef eller sjuksköterska och man tar även upp frågorna på arbetsplatsträffar. Kvalitetsombud finns på varje avdelning. Frågor kring bemötande diskuteras regelbundet. På arbetsplatsträffar blir det mer generellt och i samband med vårdträffar på individuell nivå.

Det finns ett pensionärsråd i kommunen. På vissa enheter genomförs anhörigträffar årligen och även brukar/förtroenderåd förekommer.

4.2.4 Kvalitetskrav och uppföljning av externa utförare

Avtalet med Rådmsgården reglerar endast antalet platser som kommunen åtar sig att köpa samt priser. Kvalitetskriterier saknas och det finns heller inte angivet att Rådmsgården ska följa kommunens mål, kvalitetspolicy, kvalitetsledningssystem etc. I praktiken fungerar det ändå så och de flesta av kommunens olika styrdokument återfanns i pärmar på Rådmsgården. Däremot har personalen vid Rådmsgården inte åtkomst till kommunens olika IT-system. Den uppföljning som sker från nämndens sida är att de träffar Rådmsgården en gång per år samt att de får Rådmsgårdens årsredovisning. Avvikelseberättelser rapporteras till kommunens MAS.

Rådmsgården har tagit del av nämndens mål men styrningen sker i första hand utifrån de egna målen.

När det gäller Graningebyn som är en intrapenad sker rapportering till nämnden två gånger per år. En utvärdering görs årligen av nämndens ordförande och intrapenadchef.

4.2.5 Revisionell bedömning

När det gäller mål och uppföljning menar vi att det bör finnas en röd tråd från vård- och äldreomsorgens mål ner till de enskilda enheterna. Uppföljning av målen bör ske både i samband med delårsbokslut och vid årsredovisning.

Organisation av kvalitetsarbetet beskrivs på ett bra sätt i kvalitetsystemet. Personalen uppger dock att de anser att kvalitetsansvaret gällande SoL är något otydligare och vi menar att detta bör förtydligas och kommuniceras med personalen.

Vi menar att det är viktigt att det finns utrymme för kvalitetsfrågor på arbetsplatsträffar. Dessa träffar bör även fungera som ett forum för handledning gällande bemötandefrågor.

Vi menar att nämnden till nästa avtalsperiod/upphandling bör utforma tydliga kvalitetskrav på de externa utförarna eller att det tydliggörs att nämndens styrdokument omfattar även externa utförare.

4.3 Kvalitetssystem

Ett gemensamt ledningssystem för HSL och SoL är framtaget av t f förvaltningschef och verksamhetsutvecklare, benämnt "Ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2006:11 och SOSFS 2005:12", fastställt av vård- och äldrenämnden 2010-10-28. Dokumentet inleds med en beskrivning av kvalitetssystemet och hur det hänger ihop med det övergripande styrsystemet. Vidare beskrivs syftet och ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet. Därefter följer själva ledningssystemen som inleds med SoL, LVU, LVM och LSS och därefter med HSL som ett eget avsnitt.

Ledningssystemet med samtliga tillhörande dokument i form av rutiner och blanketter finns på kommunens intranät "Insidan".

Enheterna har även tagit fram lokala rutiner och riktlinjer. Dessa är inte lika formellt utformade som de övergripande dokumenten.

Vård- och äldrenämnden har antagit en värdegrund "Vår gemensamma värdegrund" som fastställdes 2010-05-28. Mot bakgrund av de nya bestämmelserna kommer nämnden att hos socialstyrelsen ansöka om medel för att utarbeta lokala värdighetsgarantier utifrån den gemensamma värdegrunden. Varje kommun beviljas 100 tkr i grundersättning samt ett rörligt belopp utifrån antal invånare. För Sollefteås del blir det ca 325 tkr.

Reflektioner från intervjuer

Ledningssystemet är nyligen framtaget och är inte implementerat fullt ut i verksamheten. Samtliga intervjuade uppger att de har sett dokumentet och vet var det finns men att de inte har fått någon utbildning eller genomgång av dokumentet.

Värdegrunden har arbetats fram med bred förankring i verksamheten. De enhetschefer och den personal som deltagit i arbetet var mycket positiva och kände sig delaktiga i arbetet.

De som använder intranätet uppfattar att det är lätt att hitta dokumenten, att de är aktuella och uppdaterade. På varje dokument framgår tydligt vem som har fastställt dokumentet och när det är antaget. Rådombesöksgruppen har inte tillgång till intranätet och andra IT-system som används i kommunen vilket de upplever som en brist.

4.3.1 Ledningssystemet för SoL, LVU, LVM och LSS

4.3.1.1 Kvalitetssäkring av sociala tjänster

Framgångsfaktorerna för att kvalitetssäkra sociala tjänster är årliga brukarundersökningar, ta tillvara forskning och erfarenheter från t ex tillsynsmyndigheter, tjänstedeklarationer och stöd till anhöriga.

Beskrivning av arbetsprocesser kopplade till ledningssystemet finns till viss del. Av kvalitetsplanen framgår att detta är ett utvecklingsområde.

4.3.1.2 Tillgänglighet

Framgångsfaktorer avseende tillgänglighet är nåbarhet, möjlighet att besöka verksamheten samt tydlig och lättillgänglig information om verksamheten.

Broschyrer om verksamheten finns i gemensamma utrymmen på respektive enhet. Information finns på hemsidan.

4.3.1.3 Samverkan och samarbete

Det finns samarbetsavtal, olika samverkansforum och vårdplaneringsrutin mellan landstinget och kommunen. I samarbetet mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård inom kommunen finns ett antal dokument och blanketter, exempelvis ärendehantering, överlämnandeträffar och informationsöverföring. Det finns även samarbetsrutiner mellan kommunens sociala nämnder.

4.3.1.4 Handläggning och dokumentation m m av ärenden som rör enskilda

Framgångsfaktorer är rutiner för handläggning av ett ärende, rutiner för dokumentation under handläggning och genomförande av insatser, hur uppgifter lämnas mellan beslutsfattare och verkställare samt rutin för uppföljning och utvärdering av insatser. I kvalitetsplanen framgår att samtliga beskrivna rutiner enligt har utformats eller reviderats och skall vara klara under 2011.

Genomförandeplaner upprättas sedan något år tillbaka för samtliga enskilda och de uppdateras kontinuerligt utifrån ändrade förutsättningar.

Dokumentationspärmar finns för SoL, LSS och HSL . På vissa enheter finns de numera i en gemensam pärm för att underlätta för personalen. Den personal vi träffat menar att krav på dokumentationen avseende HSL är tydligare än för SoL. De tycker också att det är svårt att veta hur mycket som ska dokumenteras men även att hinna med att dokumentera allt som hänt under dagen. Flera nämner att dokumentation utifrån SoL är ett förbättringsområde.

Kontaktmannens viktiga roll betonas vid flera intervjuer. Kontaktmannen ansvarar för inflyttnings/informationssamtal, är med på vårdplaneringen som görs inom 14 dagar efter inflyttning och upprättar genomförandeplaner. De flesta enskilda har lämnat en levnadsberättelse som är ett viktigt underlag för genomförandeplanen.

Muntlig informationsöverföring sker mellan de flesta arbetspass under dagen, men samma information ska finnas i den skriftliga dokumentationen.

4.3.1.5 Fel och brister i verksamheten

Rutiner för hur fel och brister ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas har utformats under 2011. Även rutiner för riskbedömning har utformats. Dokumenterade rutiner och blanketter för hantering av allvarliga missförhållanden, Lex Sarah har uppdaterats under 2011.

Avvikelse ska rapporteras till ansvariga på förvaltningen månadsvis. Rutinerna för rapportering fungerar bra men centralt på förvaltningen menar de intervjuade att då både personal och enhetschefer är osäkra på vad som faller inom Lex Sarah och vad som är mindre avvikelser rapporteras samtliga avvikelser till förvaltningen. Nämnden får rapportering avseende Lex Sarah och Lex Maria men ingen statistik på övriga avvikelser utifrån SoL.

Personalen menar att det finns bra rutiner och blanketter för avvikelser och de har fått uppmaningen att det är bättre att anmäla en gång för mycket än för lite. Vissa enheter har arbetat med att förändra attityder för att personalen ska se avvikelser som ett förbättringsverktyg istället för att det ska uppfattas som att man anmäler en arbetskamrat.

Riskanalyser gällande fallskador, trycksår och undernäring görs i samband med inflyttning och uppdateras vid behov. Senior Alert som är ett systematiskt system för riskbedömning och uppföljning har börjat användas men har inte införts fullt ut.

4.3.1.6 Synpunkter och klagomål på verksamheten

Nämnden har antagit omsorgsgarantier där det framgår vilka garantier nämnden lämnar till brukarna inom i kommunen. Rutiner för klagomålshantering antogs av vård- och äldre-nämnden 2003-01-17 och det framgår även kortfattat i Omsorgsgarantin hur klagomåls- och synpunktshantering fungerar. Det finns även en länk på kommunens hemsida där man kan göra anmälan. Broschyrer delas ut vid inflyttning till särskilt boende och de finns även tillgängliga i gemensamma utrymmen på enheterna.

Ute i verksamheten lämnas synpunkter och klagomål mer spontant och de förs inte vidare om det inte är större frågor.

4.3.1.7 Personal och kompetensförsörjning

Av nämndens mål framgår att andelen omsorgspersonal med undersköterskeutbildning eller annan jämförbar utbildning ska öka med minst 5 % årligen för att på sikt nå 100 %. Vidare ska personal som har till uppgift att introducera ny personal få kompetensutveckling och möjlighet till erfarenhetsutbyte.

I kvalitetsplan framgår bl a att behov av kompetensutveckling ska tas upp i medarbetarsamtal samt att en rutin för översyn av hur bemanning stämmer överens med brukarens behov och arbetsbelastning ska tas fram till 2013.

Vårdtyngdsmätningar görs inte. Bemanning sker utifrån antalet platser och förstärkning sker vid ”tyngre ärenden”.

Olika ombud utses bland personalen, exempelvis kvalitetsombud, blöjombud, kostombud, hygienombud etc. Detta är ett sätt att öka personalens ansvar och motivation.

Utbildningar har genomförts för samtlig personal inom exempelvis områdena demenssjukvård och det sociala innehållet. Sjuksköterskorna genomför även lokala utbildningar på respektive enhet. Personalen anser att kommunen har varit generös med utbildningar. Även Rådmsgårdens personal har inbjudits att delta.

4.3.1.8 Upphandling av varor och tjänster

Rutin för att säkerställa att kommunens upphandlingsreglemente är känt ska ingå i nämndens interna kontroll 2012. Rutiner för att följa upp kvalitetskrav vid upphandling av externa enheter ska tas fram.

4.3.1.9 Uppföljning och utvärdering av verksamheten

Den antagna kvalitetsplanen är ett verktyg för uppföljning och utvärdering av verksamheten. Skriftlig rutin för intern kontroll ska utarbetas till 2012.

Kommunen genomför inga egna enkäter förutom medarbetarenkäter utan både nämnd och förvaltning följer Socialstyrelsens brukarundersökningar och äldreguiden. Personalen får information om resultatet av brukarundersökningarna.

Rådmsgården genomför egna enkätundersökningar som delas ut till anhöriga i samband med anhörigträffar.

4.3.2 Ledningssystemet för HSL

4.3.2.1 Bemötande av patienter

Centralt i värdegrunden är att alla människor oavsett bakgrund och nuvarande situation, ska kunna lita på att bli bemötta på ett respektfullt sätt. En kommentar från en intervju var: ” de enskilda bor i sin egen lägenhet och vi besöker dem”.

Lokala bemötandeplaner finns på varje enhet. Genomförandeplaner upprättas sedan något år tillbaka för samtliga enskilda inom särskilt boende. Möjligheter att lämna levnadsberättelser finns men det är frivilligt och erbjuds i första hand personer med demenssjukdom. Vid intervjuer framkommer delade meningar om levnadsberättelser. Några anser att de inkräktar för mycket på den enskildes integritet medan andra ser det som en viktig del i att kunna bemöta den enskilde på ett bra sätt.

Vid intervjuer framfördes vikten av ett nära ledarskap. På de enheter vi besökte närvarar cheferna vid varje morgonmöte och har därmed i princip daglig kontakt med personalen.

Vidare framfördes hur viktig anställningssituationen är för att få rätt personal till verksamheten. Många får sin tillsvidareanställning först efter att ha haft olika vikariat och då har man möjlighet att bilda sig en uppfattning om personen under en längre tid.

Kontaktpersonen ses som viktig del i att säkerställa kvaliteten och även bemötandet för den enskilde. Även bemötande gentemot anhöriga framförs som viktig. På en enhet har det varit vissa problem med larm- och telefonsystemen vilket inneburit att det har varit svårt för anhöriga att komma fram per telefon.

Rutiner för synpunkts- och klagomålshantering finns och framgår under rubriken 4.4.6. I planen ingår även att informationsmaterialet ska finnas på andra språk samt att det ska vara tillgängligt för funktionshindrade.

4.3.2.2 Metoder för diagnostik, vård och behandling

I planen ingår att rutiner för medicintekniska produkter ska finnas och att nya metoder inom hälso- och sjukvård blir kända hos legitimerad personal. Vidare ska det finnas hygienrutin som tillämpas. Intervjuad personal menade att de är väl införstådda med vilka hygienrutiner som gäller och rutinerna var även tillgängliga i

rutinparmar på granskade boenden. Rutiner för avvikelshantering finns och i planen ingår att mäta antalet avvikelser.

4.3.2.3 Kompetens

I planen ingår att introduktionsplan med verksamhetsspecifika delar ska tas fram, att kompetensutveckling ska tas upp i medarbetarsamtal samt struktur för hur behov av kompetensutveckling ska påtgärdas. I övrigt enligt punkt 4.3.1.7.

4.3.2.4 Samverkan och samarbete

Samverkansgrupper finns med landstinget, med ambulanssjukvården och det finns rutiner för samordnad vårdplanering och informationsöverföring.

4.3.2.5 Riskhantering

Av planen framgår att det ska finnas rutin för hur fel och brister ska identifieras, dokumenteras och åtgärdas. Riskbedömningar ska göras vid förändring i verksamheten. Förvaltningen har börjat använda Senior Alert som är ett nationellt system för riskbedömningar. Flera framför att det är ett bra hjälpmedel för att säkerställa korrekta bedömningar. Vid flera tillfällen har man först efter att ha fyllt i formuläret i Senior Alert konstaterat att den enskilde är inom riskzon.

Riskbedömning av själva boendet där dörrar, trösklar m m genomförs årligen.

4.3.2.6 Avvikelsehantering

Det finns rutiner för hantering av anmälan och åtgärd enligt Lex Maria och det finns även rutiner för avvikelshantering utifrån HSL. Personalen upplever att de är väl införstådda med de rutiner som finns. Se vidare under punkt 4.3.1.5.

4.3.2.7 Försörjning av tjänster, produkter och teknik

Förutom det som framkommer under punkt 4.4.8 finns rutiner för produkthantering.

4.3.2.8 Spårbarhet

Framgångsfaktorn är att det ska finnas rutiner för dokumentation utifrån HSL. Nya rutiner har tagits fram under 2011. Se vidare under punkt 4.3.1.4

4.3.2.9 Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring

Framgångsfaktorerna är att övergripande mål i ledningssystemet för kvalitet uppnås samt att jämförelser ska leda till kvalitetsutveckling. Under tidigare avsnitt framkommer dock att jämförelser mest har använts i informationssyfte och att de inte har föranlett konkreta åtgärder.

4.3.3 Revisionell bedömning

Vi bedömer att kvalitetssystemet i stort sett uppfyller de krav som finns enligt SOSFS 2005:12 och SOSFS 2006:11. Många av rubrikerna är samma både för SoL och HSL vilket innebär att samma rutiner återkommer under flera rubriker. Socialstyrelsen har tagit fram nya föreskrifter om ett gemensamt ledningssystem som vi tror kommer att medföra att det blir betydligt enklare.

Vi bedömer att det finns en bra beskrivning av hur kvalitetssystemet hänger ihop med nämndens övriga system för budget- och verksamhetsplanering. På samtliga dokument finns tydlig angivet vem som har antagit dokumentet och när det har antagits.

Nämndens värdegrund bygger på Socialtjänstlagen 5 kap 4 § där det framgår att socialtjänstens verksamhet, som rör omsorg om de äldre, ska inriktas på att äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Värdegrunden har arbetats fram med bred förankring i verksamheten och vid intervjuer framkom att den var väl känd bland personalen och att den användes som ett ”rättesnöre”. Vi menar därmed att det finns en tydlig koppling från socialtjänstlagens intentioner ner till verksamheten.

Vidare noterar vi att flertalet av nämndens mål finns angivna i kvalitetssystemet.

2011-09-26

Anneth Nyqvist, projektledare

Maj-Britt Åkeström, uppdragsledare