

---

# *Kvalitet inom äldreomsorgen*

## *Krokoms kommun*

*Anneth Nyqvist*

*Augusti 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, styrdokument, organisation	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	Värdegrund	4
3.4.1	Nationell värdegrund	4
4	Granskningsresultat	5
4.1	Organisation, styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet	5
4.1.1	Kvalitetssystem	5
4.1.2	Nämndens mål och kvalitetspolicy	6
4.1.3	Kvalitetskrav och uppföljning av externa utförare	7
4.2	Revisionell bedömning	8
4.3	Ledningssystemet	8
4.3.1	Kvalitetssäkring av sociala tjänster	8
4.3.2	Tillgänglighet	9
4.3.3	Samverkan och samarbete	9
4.3.4	Handläggning och dokumentation m m av ärenden som rör enskilda	10
4.3.5	Fel och brister i verksamheten	10
4.3.6	Synpunkter och klagomål på verksamheten	11
4.3.7	Personal och kompetensförsörjning	12
4.3.8	Försörjning av varor och tjänster	12
4.3.9	Uppföljning och utvärdering av verksamheten	12
4.4	Revisionell bedömning	13

# 1 Sammanfattning

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

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

Vi bedömer att det pågår ett aktivt kvalitetsutvecklingsarbete inom äldreomsorgen. Det finns ett nyligen framtaget kvalitetssystem som i stort sett uppfyller de krav som finns enligt SOSFS 2005:12 och SOSFS 2006:11. Mot bakgrund av de krav som finns i HSL angående bemötande av patienter menar vi att värdegrunden och lokala riktlinjer för bemötande på ett tydligare sätt bör kopplas till kvalitetssystemet.

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.

Vi menar att kvalitetssystemet bör kompletteras med en samlad beskrivning där det bl a framgår hur kvalitetssystemet hänger ihop med nämndens budget- och verksamhetsplanering. Samtliga dokument bör kompletteras med datum för antagande, vem som har beslutat och vem som är ansvarig för dokumentet. Vidare anser vi att ansvaret för kvalitetsarbetet utifrån SoL bör förtydligas.

När det gäller mål och uppföljning menar vi att socialnämndens mål ytterligare bör kommuniceras med personalen ute på de enskilda enheterna så att deras roll i nämndens totala måluppfyllelse tydliggörs.

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 bedömer att nämnden har tydliga kvalitetskrav och väl utformade rutiner för uppföljning av externa utförare. Vi ser positivt på att nämnden framöver planerar att ställa samma krav på de interna enheterna.

Vi har vid intervjuer identifierat ett antal synpunkter på olika delar som framgår under respektive avsnitt i rapporten och vi menar att nämnden bör beakta dessa synpunkter i det fortsatta utvecklingsarbetet.

## **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 socialnämnden inrättat ändamålsenligt kvalitetssystem för hälso- och sjukvårdsinsatserna inom äldreomsorgen och äldreomsorgens insatser enligt socialtjänstlagen?

Kontrollmål/granskningsmål:

- Finns det ett dokumenterat kvalitetssystem som omfattar de områden som anges i socialstyrelsens föreskrifter avseende hälso- och sjukvårdsinsatserna?
- Finns det ett dokumenterat kvalitetssystem som omfattar de områden som anges i Socialtjänstlagen och i socialstyrelsens allmänna råd?
- Är ansvaret för kvalitetsarbetet tydligt definierat och finns det en tydlig organisation och plan för hur det ska bedrivas och följas upp?
- Hur ser kvalitetskraven i avtalen med entreprenörer ut? Vilken uppföljning görs?

### **2.3 Avgränsning**

Granskningen avser socialnämnden och har avgränsats till att omfatta särskilt boende, både verksamhet som bedrivs i egen regi och på entreprenad.

### **2.4 Revisionsmetod**

Genomgång av kommunens styrdokument, avtal med entreprenörer, kvalitetsundersökningar, intervjuer med ordförande och en ledamot från majoriteten, andre vice ordförande (från oppositionen), förvaltningschef, områdeschef äldreomsorg, MAS, biståndshandläggare, platsbesök på två äldreboenden med intervjuer av enhetschefer, sjuksköterskor och vårdpersonal.

## **3 Lagar, styrdokument, organisation**

### **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). Socialstyrelsens beslutade 1996 om föreskrifter och allmänna råd avseende kvalitetssystem 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 kvalitetssäkrings- 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 Värdegrund**

#### **3.4.1 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 Organisation, styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet

Inom äldreomsorgen finns en verksamhetschef för särskilt boende och en verksamhetschef för hemtjänst. Det finns fyra särskilda boende i kommunen, varav ett bedrivs på entreprenad. På Blomstergården finns en platschef och på Hällebo finns två arbetsledare medan verksamhetschefen är platschef för Hällebo.

#### 4.1.1 Kvalitetssystem

Ett gemensamt ledningssystem för HSL och SoL är framtaget av en speciellt utsedd kvalitetsgrupp, benämnt "Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet", reviderat 2011-02-04. Dokumentet utgår från rubrikerna i SOSFS 2006:11. För varje rubrik finns en beskrivning av vilka dokument som finns, kort om innehållet samt vem som är ansvarig. I dokumentet "kvalitetssäkring av sociala tjänster" finns en förteckning över alla dokument som finns på kommunens intranät. Dokumenten omfattar exempelvis avtal, kvalitetslinjer, riktlinjer, rutinbeskrivning, blanketter för anmälan enligt Lex Maria och Lex Sarah.

Kvalitetssystemet är till viss del integrerat i kommunen befintliga system för budget- och verksamhetsplanering.

Socialnämnden har en värdegrund sedan tidigare. Mot bakgrund av de nya bestämmelserna kommer nämnden att ansöka om medel för att omarbeta värdegrunden så att den överensstämmer med den nationella. Varje kommun beviljas 100 tkr i grundersättning samt ett rörligt belopp utifrån antal invånare. För Krokoms del blir det totalt ca 175 tkr.

#### *Reflektioner från intervjuer*

Ledningssystemet med samtliga tillhörande dokument och blanketter finns på en gemensam server som all personal har åtkomst till. Eftersom det är framtaget ganska nyligen är det inte implementerat fullt ut bland arbetsledare och personal. Flera menar att de känner till vilka blanketter och rutiner som finns men att de inte har kunskap om hur systemet är uppbyggt eller hänger ihop. Det har även pågått andra utvecklingsprojekt inom de särskilda boendena som har inneburit att de inte haft tid och ork för att sätta sig in i systemet.

Det finns synpunkter på att det inte framgår datum på dokumenten samt vem som har beslutat om dem. Ibland uppfattas det därför svårt att veta vilket dokument som är det aktuella. Vidare framförs att när det kommer uppdateringar finns ingen information om vad som har ändrats utan att var och en själv måste läsa igenom hela dokumentet och utreda vad som har tillkommit sedan tidigare .

Flera framför att de tycker att kvalitetsarbetet avseende HSL är tydligare organiserat än för SoL där och att det ibland är oklart vem som ansvarar för vad.

### 4.1.2 Nämndens mål och kvalitetspolicy

Följande mål har fastställts för socialnämnden för 2011:

*Medborgare*, kartlägga medborgares, som åtnjuter socialförvaltningens service och tjänster, nöjdhet som grund för ny mätbar målformulering.

*Tillväxt/utveckling*, Undersöka och utveckla nya verksamhetsområden. Utredda nya boendeformer och alternativa utförare, detta med kunden/medborgaren i fokus. Samverkan intern och externt ska utvecklas.

*Medarbetare*, sänka ohälsotalen. Målet 2011 är 7 %. Kompetensutveckling av personalen ska ske utifrån satta mål. Skapa incitament som höjer intresset/statusen att arbeta i vår verksamhet.

*Ekonomi*, Budget i balans

*Övrigt*, Socialnämndens samtliga beslut ska verkställas och följas upp.

Av nämndens verksamhetsplan för 2011-2013 finns följande punkter som rör kvalitet inom äldreomsorgen:

- Kvalitetstänkande på alla nivåer med verksamhetsplaner, mål- och verksamhetsstyrning
- Kvalitets-/ledningssystem
- Kompetensutveckling
- Kvalitetsmätning bland våra kunder
- Utveckla kommunikationen/dialogen med våra kommuninvånare
- Utveckla och tydliggöra samarbetet med andra huvudmän

Nämnden har en uppdragslista som stäms av vid varje sammanträde och är ett sätt för nämnden att säkerställa att beslutade åtgärder och uppdrag utförs.

Det finns en verksamhetsplan för Särskilt boende i Krokoms kommun som utgår från nämndens mål och den övergripande verksamhetsplanen.

Socialnämnden har antagit kvalitetspolicy där det bl a framgår att kvalitetsarbetet består av kartläggning, utvärdering, säkring och utveckling och utgår från ett vårdtagarperspektiv. Nämndens definition av kvalitet är att leva upp till givna löften beaktande egen förmåga och behov, inom ramen för gällande lagstiftning. Policyn behandlar bl a hur personalen skall förhålla sig till den enskilde och att personalen skall medverka genom ett systematiskt och dokumenterat kvalitetsutvecklingsarbete.

Kvalitetsutvecklingsarbetet skall löpa genom hela organisationen men arbetet skall ha sin tyngdpunkt på lokal arbetsplatsnivå.



På enheterna finns lokala mål, kvalitetsplaner och handlingsplaner.

#### *Reflektioner från intervjuer*

Politikerna menar att målen inte är tillräckligt tydliga för att de ska vara möjligt att följa upp. Ett utvecklingsarbete pågår för att ta fram olika nyckeltal som ska kunna följas. Det framkommer även att värdegrundens koppling till mål och kvalitets-systemet bör förtydligas.

De flesta av de intervjuade känner inte till nämndens mål, men de vet i stort sett vilka mål som finns för enheten. Det görs ingen uppföljning av enheternas egna mål till funktionschef eller nämnden. Däremot görs egna uppföljningar på varje enhet som diskuteras 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, och ett förtroenderåd i Föllinge. Övriga enheter saknar brukar/förtroenderåd. Anhörigträffar genomförs en gång per år. Anhörignätverk finns sedan 2009.

MAS kallar till träffar två till tre gånger per halvår. Sjuksköterskor och distriktsköterskor träffas lokalt på enheterna två gånger per månad.

I Hällebo har ett utvecklingsprojekt avseende sociala innehållet i vardagen genomförts. Under hösten 2011 kommer ett samarbete att inledas med kommunens kultursamordnare för att få hjälp med att anordna underhållning.

#### **4.1.3 Kvalitetskrav och uppföljning av externa utförare**

I förfrågningsunderlag och avtal med Förenade Care finns tydligt definierade kvalitetskrav. Uppföljning görs två gånger per år. Det finns två olika dokument kopplade till denna uppföljning. Det ena dokumentet beskriver mer utförligt vilka krav som finns utifrån SOSFS 2006:11 och 2005:12 och där framgår det vad som ska följas upp, kravet på rapportering samt när uppföljning ska ske.

Det andra dokumentet består av en checklista där det framgår vilka krav som finns på verksamheten, vilka dokument som finns, bedömning, åtgärd och vilket datum uppföljningen har gjorts.

Motsvarande kvalitetskrav eller modell för uppföljning av enheter i egen regi finns inte i nuläget.

Dessutom träffar förvaltningschef och verksamhetschef för särskilt boende representeranter från Förenade Care (VD och platschef i Föllinge) flera gånger årligen och stämmer av aktuella frågor.

Vid intervjuer har framfört att ambitionen är att utforma liknande kvalitetskrav även för enheter i egen regi.

## **4.2 Revisionell bedömning**

Vi bedömer att det pågår ett kvalitetsutvecklingsarbete inom äldreomsorgen. Det finns ett framtaget kvalitetssystem som inte har hunnit implementeras bland arbetsledare och personal vilket bör vara en prioriterad fråga för nämnden och förvaltningsledningen.

Vi menar att kvalitetssystemet bör kompletteras med en samlad beskrivning där det bl a framgår hur kvalitetssystemet det hänger ihop med nämndens budget och verksamhetsplanering. Samtliga dokument bör kompletteras med datum för antagande, vem som har beslutat och vem som är ansvarig för dokumentet. Vidare anser vi att ansvaret för kvalitetsarbetet utifrån SoL bör förtydligas.

När det gäller mål och uppföljning menar vi att det är viktigt att det finns en röd tråd från socialnämndens mål ner till de enskilda enheterna. Socialnämndens mål bör ytterligare kommuniceras med personalen ute på de enskilda enheterna så att deras roll i nämndens totala målpåfyllelse tydliggörs.

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 bedömer att nämnden har tydliga kvalitetskrav och väl utformade rutiner för uppföljning av externa utförare. Vi ser positivt på att man framöver planerar att ställa samma krav på de interna utförarna.

## **4.3 Ledningssystemet**

I SOSFS 2005:12 och 2006:11 finns angivet vilka delar som kvalitetssystemet ska omfatta. Förvaltningen har valt att ha ett gemensamt kvalitetssystem vilket är enligt rekommendationerna i socialtjänstlagen. Systemet följer rubrikerna i SOSFS 2006:11, dvs SoL. De delar som ska finnas i HSL och som inte finns med som rubriker i SoL är rutiner för bemötande av patienter, riskhantering och metoder för diagnostik, vård- och behandling.

Rutiner för bemötande finns inte dokumenterat som en egen rubrik i kvalitetssystemet men varje enhet har lokala riktlinjer för bemötande. I genomförandeplanerna finns individuella rutiner för bemötande av dementa. Vid intervjuer har framkommit att bemötande är en prioriterad fråga som ständigt diskuteras. Den av nämnden beslutade värdegrunden har inte kopplats till kvalitetssystemet.

Riskhantering, metoder för diagnostik, vård- och behandling har lagts in under andra rubriker.

### **4.3.1 Kvalitetssäkring av sociala tjänster**

*Ledningssystemet bör säkerställa att de viktigast sociala tjänsterna och tillhörande arbetsprocesser beskrivs. Det systematiska kvalitetsarbetet bör även*

*omfatta analyserna av hur tjänsterna svarar mot enskilda och grupperns behov samt mot lagstiftningens krav. Resultat analyserna samt forskning och erfarenheter från bl a tillsynsverksamhet bör ligga till grund för arbetet med att utveckla och säkra tjänsternas kvalitet.*

I kvalitetssystemet finns ingen närmare beskrivning av sociala tjänster. En typ av beskrivning kan vara kvalitets/tjänstegarantier. Däremot finns ett antal kvalitetslinjer som är en beskrivning av olika arbetsprocesser. Vid intervjuer har framkommit att begreppet kvalitetslinje inte är känt bland personalen.

### 4.3.2 Tillgänglighet

*För att garantera en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet bör ledningssystemet säkerställa att det finns arbetsformer för hur verksamheten ska göras tillgänglig. Med tillgänglighet avses bl a tillgänglighet till lokaler och byggnader, hur besök och andra kontakter organiseras och hur information om verksamheten ska ges.*

Det finns dokument kring tillgänglighet, bl a gällande hissar och ramper. Det finns ett informationsblad om vård och omsorg, särskilt boende m m. Varje enhet har egen information om sin verksamhet. En stor del av informationen läggs ut på hemsidan och det finns rutiner och ansvariga personer för detta.

### 4.3.3 Samverkan och samarbete

*Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner som tydliggör ansvaret för samarbete, internt och externt, som gäller den enskildes behov av insatser vad avser t e x överföring av information, och hur samverkan ska bedrivas såväl internt, inom och mellan nämnder, som externt med myndigheter och andra aktörer.*

Socialnämnden samverkar externt med landstinget och länets kommuner både på politisk nivå och tjänstemannanivå. Internt i kommunen finns ett samarbete med alla övriga förvaltningar och nämnder.

Det finns samarbetsavtal mellan primärvård och kommunen och vårdplaneringsrutin mellan landstinget och kommunen. Det förekommer att vårdplanen inte är klar när de enskilda kommer tillbaka till enheten igen. Ibland får man vetskap om nya mediciner efter att apoteket har stängt eller så finns inte den aktuella medicinen på apoteket. Framförallt i Hällebo är det ett begränsat utbud och det är även några kilometer till närmsta apotek.

När det gäller anhöriga finns en plan/dokument för utbildning av anhöriga och ett anhörigprojekt pågår. I samarbetet mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård inom kommunen finns ett antal dokument och blanketter, exempelvis ärendehantering, överlämnandeträffar och informationsöverföring.

Vid intervjuer framkommer att det förekommer vissa brister när det gäller informationsöverföringen mellan biståndshandläggare och sjuksköterskor, men även mellan sjuksköterskor och vårdpersonal.

#### 4.3.4 *Handläggning och dokumentation m m av ärenden som rör enskilda*

*Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för handläggning och dokumentation av ett ärende, dokumentation av genomförandet av beslutad insats, hur uppgifter skall lämnas mellan den som fattar beslut om en insats och den som ansvarar för det praktiska genomförandet av en insats samt uppföljning och utvärdering av en beslutad insats.*

Kvalitetslinjer och dokumenterade rutiner finns för exempelvis biståndshandläggare, sjukvårdsinsatser, genomförandeplaner, demensteam m m. Dokumentationspärmar finns för SoL, LSS och HSL. Sjuksköterskor och vårdpersonal menar att kravet på dokumentation är omfattande. Sjuksköterskorna menar att det är svårt att hitta alla delar i datasystemen gällande journal och vårdplanering och att de skulle behöva mer utbildning för att förstå hur alla delar hänger ihop. Ett nytt system är under upphandling som förväntas bli enklare att arbeta i.

Kontaktpersonens viktiga roll betonas vid flera intervjuer. Kontaktpersonen ansvarar för inflyttnings/informationssamtal, är med på vårdplaneringen som görs inom 14 dagar efter inflyttning och upprättar genomförandeplaner. De flesta enskilda har lämnat en levnadsberättelser som är ett viktigt underlag för genomförandeplanen. Vårdlagsträffar genomförs var fjortonde dag och vårdplan och genomförandeplan ändras då utifrån nya förutsättningar. Dessa träffar fungerar även som handledning för personalen.

Daglig dokumentation sker på speciellt rapportblad. Tanken är att vårdpersonalen ska dokumentera allt som hänt under dagen som exempelvis vad den enskilde har ätit, olika sociala aktiviteter som promenader, pratstunder etc. Arbetsledaren sammanfattar därefter de dagliga rapporterna i ett speciellt datasystem. Dokumentationen är även viktig för att kunna visa för de anhöriga vad som händer runt den enskilde. Från politiken har framförts önskemål om att signeringslistor ska användas, där olika åtgärder och aktiviteter är förifyllda och där både personal och anhöriga kan kryssa för vad som genomförts.

Muntlig informationsöverföring ska ske mellan arbetspassen men ofta hinner man inte med det. Istället förlitar personalen sig på den skriftliga dokumentationen men ibland kan det gå flera timmar innan personalen hinner titta i pärmen och se vad som hänt under dagen. Framförallt kan det bli fel vid ny medicinering, men man är noga med att skriva avvikelserapporter.

#### 4.3.5 *Fel och brister i verksamheten*

*Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för hur fel och brister i verksamheten skall identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder skall följas upp. De erfarenheter som gjorts i samband med uppkomna fel och brister skall utgöra ett underlag för det systematiska kvalitetsarbetet. Kvalitetsarbetet skall vidare omfatta en bedömning av vilka fel och brister som kan uppstå vid planerade förändringar i verksamheten. Den bedömning som gjorts skall användas som ett underlag för att minimera risker för att fel och brister uppkommer.*

Det finns dokumenterade rutiner och blanketter för hantering av både sociala och medicinska avvikelser och ärenden enligt Lex Maria samt Lex Sarah. Avvikelse ska rapporteras till ansvariga på förvaltningen månadsvis. Då det har förekommit att vissa enheter har missat att skicka avvikelserapporter, har man ändrat rutinen så att avvikelseblanketter ska skickas in oavsett om man har några avvikelser eller inte.

En förteckning över avvikelser redovisas till varje nämndssammanträde. Allvarligare avvikelser ska det finnas uppgift om vidtagna åtgärder eller en handlingsplan för att avvikelser inte ska upprepas. Även på ledningsträffar och gruppträffar diskuteras avvikelserna. Personalen får däremot inte alltid vetskap om vad som händer med de avvikelser de har skrivit. Legitimerad personal framför att avvikelser borde diskuteras på MAS-träffar så att man skulle få en samsyn mellan enheterna i kommunen.

Risکانalyser 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.

Vid intervjuerna framkommer att personalen anser att de är väl införstådda med vilka rutiner som gäller. En del menar dock att det kan finnas avvikelser som inte anmäls då det inte alltid känns enkelt att anmäla en kollega. Ibland är man lite osäker på om det är en avvikelse eller inte men då är det upp till sjuksköterskan att bedöma detta. Flera framför även att det även beror på tidsbrist att man inte skriver avvikelser.

Platschef menar dock att man arbetat med att förändra attityder för att man ska se avvikelser som ett förbättringsverktyg istället för att det ska uppfattas som att man anger en arbetskamrat. Personalen får uppmaningen att det är bättre att anmäla en gång för mycket än för lite. Från politikens sida funderar man på hur man kan motivera personalen att skriva avvikelser.

#### **4.3.6 Synpunkter och klagomål på verksamheten**

*Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för att samla och använda synpunkter och klagomål från enskilda samt från t ex myndigheter och organisationer för att förebygga fel och brister, utveckla verksamheten och identifiera nya och eller ej tillgodosedda behov.*

Det finns en policy för hantering av klagomål. I broschyren information om vård- och omsorg i Krokoms finns uppgifter om hur man går tillväga om man vill lämna klagomål eller synpunkter på verksamheten. På kommunens hemsida finns även funktion för att lämna synpunkter/klagomål. De klagomål som kommer via e-post diareförs men inte de som kommer via telefon. De klagomål som kommer till ordförande eller förvaltningschef följs upp och vid behov vidtas åtgärder. Om de gäller ett specifikt ärende dokumenteras det i själva ärendet. Vissa ärenden lyfts till nämnden.

Ute i verksamheten lämnas synpunkter och klagomål mer spontant och de förs inte vidare om det inte är större frågor. Vid intervjuer framkommer dock att det förekommer få klagomål på verksamheten.

#### 4.3.7 Personal och kompetensförsörjning

*Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för att fortlöpande kontrollera att det finns de bemanning som behövs för att utföra socialtjänstens uppdrag, personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna och att personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutveckling inom området.*

I ledningssystemet hänvisas till en rad dokument i personalpolicy, utbildningsplan, personalhandbok etc. Nämnden har beslutat att all tillsvidareanställd personal ska ha minst undersköterskeutbildning. Emellertid är LAS, lagen om anställningsskydd, utformad på ett sådant sätt att när en person, utan utbildning, vikarierat 720 dagar inom en treårsperiod blir personen tillsvidareanställd. Det betyder att verksamheten kan få fast anställd personal som inte har föreskriven utbildning.

Fullmäktige har under 2011 beviljat nämnden ett tilläggsanslag med 385 tkr som ska användas till validering av tillsvidareanställd personal som saknar fullständig utbildning.

Löpande utbildningsinsatser genomförs utifrån behov. Exempelvis har en omfattande utbildningssatsning gällande rehabiliterande förhållningssätt har genomförts i studiecirkelform för all personal. En externt inhyrd dietist har genomfört utbildning gällande måltidspolicyn. Sjuksköterskorna genomför lokala utbildningar på varje enhet. Till hösten kommer en demensutbildning att genomföras.

Vårdtyngdsmätningar genomförs minst en gång per år inom särskilt boende och inom hemtjänsten mäts antal beviljade biståndstimmar.

#### 4.3.8 Försörjning av varor och tjänster

*För att garantera en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet bör ledningssystemet säkerställa att det vid formuleringen av kriterier inför en upphandling särskilt uppmärksammas sådana kriterier som bidrar till att de varor och tjänster som tillhandahålls är av god kvalitet.*

Det enda dokument som hänvisas till i ledningssystemet är direktiv för upphandling och LOV. Måltidspolicyn finns inte omnämnd.

#### 4.3.9 Uppföljning och utvärdering av verksamheten

*Ledningssystemet skall säkerställa att det systematiska kvalitetsarbetet omfattar metoder för uppföljning och utvärdering av verksamhetens planering, genomförande, resultat och utveckling.*

Nämndens övergripande mål följs upp löpande och rapporteras till fullmäktige i samband med delårsbokslut och årsredovisning.

Nämnden träffar två gånger årligen platschefer/arbetsledare från enheterna, både de interna och den externa, som redogör för aktuella frågor i verksamheten och nämnden har möjlighet att ställa frågor.



Biståndsbeslut följs upp via en intern checklista. MAS och biståndshandläggare genomför en dialog med chef, legitimerade personal och vårdpersonalen på enheterna utifrån fastställd intervjuguide.

Biståndsbedömare följer upp biståndsbesluten regelbundet. För enheter i egen regi sker det genom träffar eller telefonkontakt varje vecka och för den externa enheten genom besök varannan vecka.

En kvalitetsmätning inom äldreboende görs årligen via enkät. Enkäten består av tre delar, en som vänder sig till anhöriga, en till medarbetare och en till den enskilde. Enkäten följs upp och redovisas för nämnden, personal och vid anhörigträffar. Även socialstyrelsens undersökningar följs upp på liknande sätt. Det sociala innehållet får låga betyg i både kommunens egna undersökningar och i socialstyrelsens undersökningar. Enheterna menar att de har arbetat aktivt med de områden där de har haft låga betyg i enkäterna. Hällebo har bl a genomfört ett utvecklingsarbete gällande sociala aktiviteter.

#### **4.4 Revisionell bedömning**

Vi bedömer att kvalitetssystemet i stora delar uppfyller de krav som finns enligt SOSFS 2005:12 och SOSFS 2006:11. Mot bakgrund av de krav som finns i HSL menar vi att värdegrunden och bemötandepolicys på ett tydligare sätt bör kopplas till kvalitetssystemet.

Vidare anser vi att nämnden bör säkerställa att de synpunkter och klagomål som inkommer via telefonsamtal och ute på enheterna diarieförs.

Vi har vid intervjuer identifierat ett antal synpunkter på olika delar som framgår under respektive avsnitt i rapporten och vi menar att nämnden bör beakta dessa synpunkter i det fortsatta utvecklingsarbetet

Krokom 2011-09-12

---

*Anne Nyqvist, projektledare*

---

*Hans Stark, sakgranskning*