

Revisionsrapport

Systematiskt kvalitetsarbete inom omsorgsverksamheten

*Margaretha K. Larsson
Niklas Eriksson*

Januari 2016

Sandvikens kommun



Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning	1
2.	Inledning	2
2.1.	Bakgrund	2
2.2.	Revisionsfråga	2
2.3.	Revisionskriterier	2
2.4.	Kontrollfrågor	3
2.5.	Metod.....	3
2.6.	Avgränsning.....	3
3.	Nyckeltal	4
3.1.	Befolkningsutveckling, äldre	4
3.2.	LSS verksamhetens utveckling	5
3.3.	Processkvalitetsindikatorer	5
3.3.1.	Äldreomsorg	5
3.3.1.	LSS-verksamhet	6
3.4.	Öppna jämförelser	7
3.4.1.	Hemtjänst	8
3.4.2.	Särskilt boende	9
3.4.1.	Funktionshinderomsorgen	10
4.	Granskningsresultat	12
4.1.	Ansvar för och användning av ledningssystem	12
4.1.1.	Ledningssystemets uppbyggnad	12
4.1.2.	Kommentar	13
4.1.3.	Systematiskt förbättringsarbete	13
4.1.4.	Kommentar	14
4.1.5.	Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	14
4.1.6.	Kommentar	15
4.1.7.	Dokumentation av kvalitetsarbete.	15
4.1.8.	Kommentar	15
5.	Bedömningar	16
5.1.	Bedömningar mot kontrollfrågor	16
5.2.	Revisionell bedömning	17
5.3.	Rekommendationer.....	17
6.	Bilaga.....	19

1. *Sammanfattning*

Enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet ska ansvarig nämnd identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Utifrån de förtroendevalda revisorernas genomförda risk- och väsentlighetsanalys har PwC fått i uppdrag att genomföra en övergripande granskning av omsorgsnämndens systematiska kvalitetsarbete inom omsorgsverksamheten.

Revisionell bedömning

Vi bedömer utifrån genomförd granskning att omsorgsnämnden i allt väsentligt har säkerställt ett ändamålsenligt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Bedömningen grundar sig på att vi noterar:

- att förvaltningen har ett ledningssystem som dessutom är känt i verksamheten,
- att förvaltningen aktivt arbetar för att samtliga medarbetare ska delges möjlighet att delta i kvalitetsarbetet,
- att förvaltningens systematiska kvalitetsarbete i allt väsentligt följer gällande regelverk,
- att förvaltningens systematiska kvalitetsarbete följs upp på alla nivåer,
- att nämnden tar del av en tillfredställande rapportering av det systematiska kvalitetsarbetet,
- att Sandvikens kommun har förbättrat sitt resultat mellan åren 2012-2014 i den nationella brukarundersökningen för hemtjänst,
- att Sandvikens kommun har förbättrat sitt resultat mellan åren 2012-2013 i den nationella brukarundersökningen för särskilt boende och behållit samma resultat mellan åren 2013-2014, och
- att förvaltningen arbetar ändamålsenligt med utveckling av verksamheten och kopplar an verksamhetens resultat till kommande mål- och planeringsarbete.

Vi rekommenderar omsorgsnämnden:

- att verka för ett skyndsamt införande av ett IT-baserat ledningssystem för det fortsatta kvalitetsarbetet, och
- att fortsätta med aktiviteter som säkerställer att alla medarbetare, oavsett anställningsform, som på ett eller annat sätt fullgör uppgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om funktionshindrade dels ges möjlighet att delta och dels motiveras att delta i verksamhetens kvalitetsarbete.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Vård och omsorg har sedan 90-talet genomgått omfattande förändringar i både volym och innehåll, vilket har ställt krav på ett inre effektivitets- och kvalitetsarbete. Inom verksamheterna förutsätts ett inre kvalitetsarbete så att resurser nyttjas så effektivt och flexibelt att brukare får sina rättmätiga krav tillgodosedda avseende kvaliteten i insatserna, t ex rätt till påverkan, delaktighet och att bli respektfullt bemött.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft den 1 januari 2012. Föreskrifterna är gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter enligt LSS.

Ledningssystemet ska användas för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet, och
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten

Enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet ska ansvarig nämnd identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. I varje process ska de aktiviteter som ingår identifieras och beskrivas. Aktiviteternas inbördes ordning ska fastslås.

Utifrån de förtroendevalda revisorernas genomförda risk- och väsentlighetsanalys har PwC fått i uppdrag att genomföra en övergripande granskning av omsorgsnämndens systematiska kvalitetsarbete inom omsorgsverksamheten.

2.2. Revisionsfråga

Har omsorgsnämnden säkerställt ett ändamålsenligt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete?

2.3. Revisionskriterier

- Socialtjänstlagen
- Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Omsorgsnämndens mål och kvalitetsdokument

2.4. Kontrollfrågor

- Har ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete implementerats på ett tillfredsställande sätt inom omsorgens verksamheter?
- Sker en tillfredsställande uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet? På vilka nivåer sker uppföljning?
- Sker en tillfredsställande rapportering av det systematiska kvalitetsarbetet, både på enhets-, förvaltnings- och nämndsnivå?
- Har positiva kvalitetseffekter kunna påvisats utifrån det systematiska kvalitetsarbetet?
- Rapporteras kvalitetseffekter/kvalitetsmål till nämnden och används rapporterna till utveckling av verksamheten?

2.5. Metod

Den övergripande granskningen har genomförts genom intervjuer med nämndens ordförande, förvaltningschef, verksamhetschefer, kvalitetsutvecklare/samordnare samt ett urval av enhetschefer för särskilda boenden, ÄO (äldreomsorg), boenden med särskild service, HO (handikappomsorg), representanter från hemtjänstgrupper. Totalt har 12 personer intervjuats.

Enkät har gått ut till samtliga enhetschefer inom ÄO och HO. 33 enkäter skickades ut och 27 har besvarats vilket ger en svarsfrekvens motsvarande 82 procent.

Studier och analys av nationella och kommun interna styrdokument samt statistik från officiella databaser, t ex Kolada.

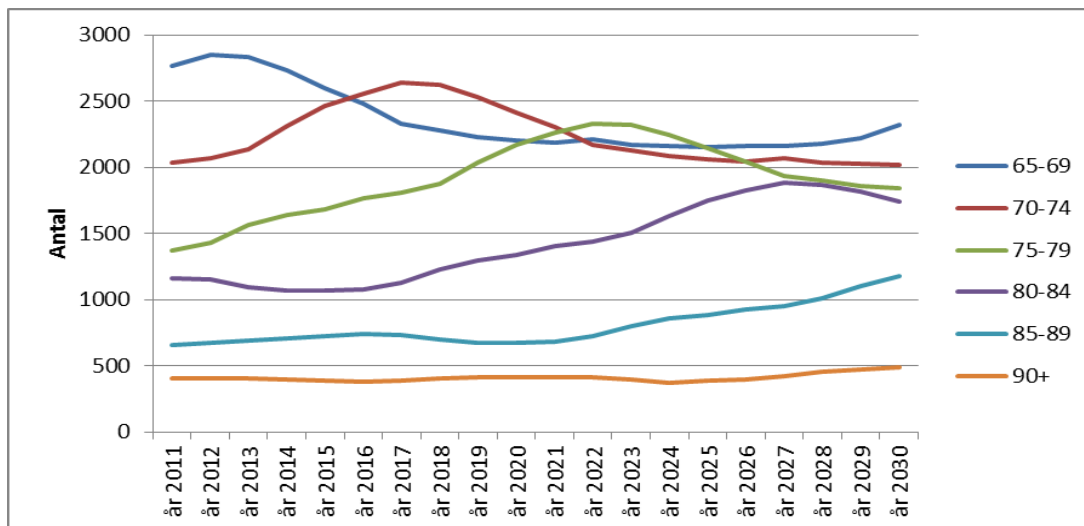
2.6. Avgränsning

Den övergripande granskningen avser systematiskt kvalitetsarbete inom omsorgsnämndens verksamhetsområde.

3. Nyckeltal

3.1. Befolkningsutveckling, äldre

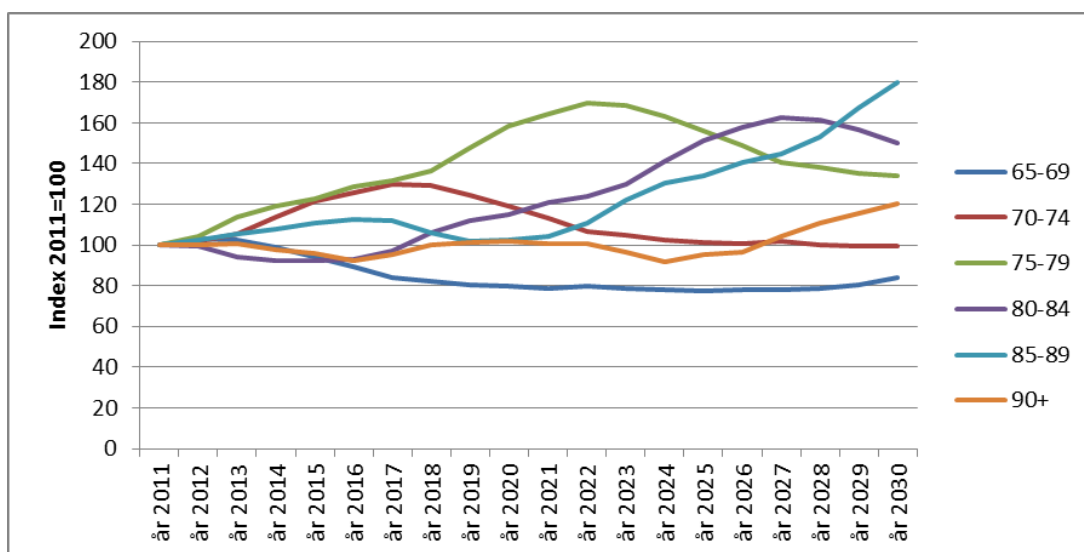
Befolkningsprognosen för Sandvikens kommun visar på en svag minskning av antalet 65-74-åringar. Medan de som är äldre än 80 år kommer att öka efter 2020.



Befolkningsprognos för Sandvikens kommun fördelat efter femåriga åldersgrupper för 65+.

Källa: Tillväxtanalys

Den generella trenden visar på svaga minskningar i de nedre åldersgrupperna men kraftiga ökningarna inom de högre. De kraftigaste procentuella ökningarna återfinns i gruppen med de allra äldsta som också är de som konsumerar mest vård och omsorg. Detta medför stora utmaningar för Sandvikens kommun vad gäller att möta de behov som uppstår efter 2020.

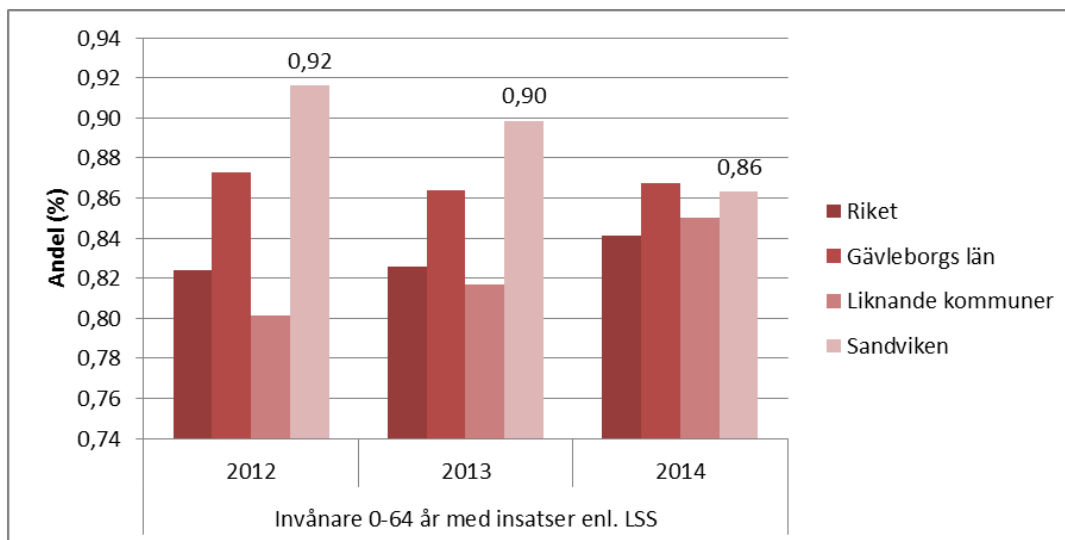


Indexerad befolkningsprognos (index 2011 = 100) för Sandvikens kommun fördelat efter femåriga åldersgrupper för 65+.

Källa: Tillväxtanalys

3.2. LSS verksamhetens utveckling

Mellan 2012-2014 har andelen av befolkningen som har en LSS-insats minskat med 0,06 procent. Under motsvarande period har andelen av länets befolkning varit oförändrad samtidigt som andelen av befolkningen i riket och i liknande kommuner har ökat.



Andel av befolkningen 0-64 år som har en LSS-insats.

Källa: Kolada.se

3.3. Processkvalitetsindikatorer

Enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet ska vårdgivaren, i detta fall omsorgsnämnden, identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vidare skall rutiner upprättas i varje process för att säkerställa en likriktning i verksamheten vad gäller arbetssätt.

I nationella kvalitetsuppföljningar följs processkvalitetsindikatorer i kommunerna. Dessa visar bland annat vilka arbetsrutiner och överenskommelser som finns i respektive kommun och som rapporterats in till de nationella registren.

3.3.1. Äldreomsorg

I denna statistik har vi jämfört Sandvikens kommun med samtliga kommuner i riket, kommunerna i Gävleborgs län och en grupp likande kommuner¹.

Indikatorer 2014	Riket	Gävleborgs län	Liknande kommuner	Sandviken
Aktuella rutiner för handläggare inom äldreomsorgen när den äldre har utsatts för våld/övergrepp av en anhörig	36 %	30 %	29 %	Finns*
Aktuella rutiner för handläggare inom äldreomsorgen när den äldre missbrukar alkohol/andra droger	12 %	0 %	14 %	Finns*

¹ Falkenberg, Vänersborg, Mark, Nässjö, Katrineholm, Oskarshamn och Lidköping. Fördelningsnycklar: invånarantal 10 %, huvudmannaskap i hemsjukvården 60 %, strukturårsjusterad standardkostnad för äldreomsorgen, kr/inv. 30 %.

Källa: Kolada.se

Aktuella rutiner för handläggare inom äldreomsorgen när den äldre är beroende av/missbrukar förskrivna läkemedel	11 %	0 %	14 %	Finns*
Aktuella rutiner för samordning mellan äldreomsorgen och funktionsnedsättning	34 %	50 %	29 %	Finns
Aktuella rutiner för samordning mellan äldreomsorgen och HSL i ordinärt boende	59 %	70 %	57 %	Finns
Aktuella rutiner för samordning mellan äldreomsorgen och missbruk	28 %	30 %	29 %	Finns
Aktuella rutiner för samordning mellan äldreomsorgen och socialpsykiatri	36 %	60 %	57 %	Finns
Aktuella överenskommelser för samverkan i enskilda ärenden mellan äldreomsorgen och landstingets HSL	84 %	80 %	86 %	Finns
Samlad plan för kompetensutveckling för handläggare som ansvarar för ärenden enl SoL för personer 65+	44 %	50 %	43 %	Finns

Processkvalitetsindikatorer för äldreomsorgen. Visar vilka arbetsrutiner och överenskommelser som fanns inrapporterade 2014 i Sandviken respektive hur stor andel av liknande kommuner, kommunerna i Gävleborg och Riket som har motsvarande arbetsrutiner och överenskommelser.

*Motsvarande rutiner antogs i november 2015 och ska implementeras januari/februari 2016.

Källa: Kolada.se, Sandvikens kommun

3.3.2. LSS-verksamhet

Sandvikens kommun har jämförts med samtliga kommuner i riket, kommunerna i Gävleborgs län och en grupp likande kommuner².

Indikatorer 2014	Riket	Gävleborgs län	Liknande kommuner	Sandviken
Aktuell rutin för samordning med verksamheten LSS/barn inom sociala barn- och ungdomsvården	45 %	44 %	33 %	Finns
Aktuell rutin för samordning med verksamheten LSS/vuxna inom sociala barn- och ungdomsvården	36 %	44 %	0 %	Finns
Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld inom LSS-verksamheten	27 %	20 %	50 %	Finns*
Kommunen har rutiner för barn & unga (IFO) som följts upp inom LSS	50 %	60 %	67 %	Finns
Kommunen har rutiner för socialpsykiatri inom LSS	64 %	90 %	100 %	Finns
Kommunen har rutiner för äldreomsorg inom LSS	50 %	60 %	50 %	Finns
Rutin för samordning med LSS inom socialpsykiatri	60 %	80 %	86 %	Finns
Överenskommelse om samverkan med arbetsförmedlingen och LSS har följts upp	19 %	10 %	17 %	Finns ej
Överenskommelse om samverkan med försäkringskassan och LSS har följts upp	18 %	10 %	17 %	Finns ej
Överenskommelse om samverkan med landstingets vuxenhabilitering och LSS har följts upp	33 %	90 %	50 %	Finns
Överenskommelse om samverkan med landstingets barnhabilitering och LSS har	40 %	90 %	67 %	Finns

² Tyresö, Partille, Karlskoga, Oskarshamn, Ronneby, Ludvika och Trelleborg. Fördelningsnycklar: invånarantal 30%, standardkostnad i utjämningsystemet för LSS, kr/inv. 70%.

<i>följts upp</i>				
Överenskommelse om samverkan med landstingets barnpsykiatri och LSS har följts upp	54 %	90 %	83 %	Finns
Överenskommelse om samverkan med landstingets vuxenpsykiatri och LSS har följts upp	56 %	100 %	83 %	Finns

Processkvalitetsindikatorer för LSS-reglerad verksamhet. Visar vilka arbetsrutiner och överenskommelser som fanns inrapporterade 2014 i Sandviken respektive hur stor andel av liknande kommuner, kommunerna i Gävleborg och Riket som har motsvarande arbetsrutiner och överenskommelser.

*Motsvarande rutiner antogs i november 2015 och ska implementeras januari/februari 2016.

Källa: Kolada.se, Sandvikens kommun

3.4. Öppna jämförelser

SKL har publicerat Öppna jämförelser sedan 2006. Områden som jämförs är bland annat hälso- och sjukvården, socialtjänsten, äldreomsorgen, LSS verksamhet, grund- och gymnasieskolan samt trygghet och säkerhet. Underlaget till Öppna jämförelser inom äldreomsorgen hämtas från:

Nationella enkätundersökningar

- Socialstyrelsens rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2014: *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*
- Socialstyrelsens kommun- och enhetsundersökning 2014: riktad till verksamheter inom hemtjänst, särskilda boenden samt kommuner och stadsdelar.
- Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada),

Officiell statistik

- Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.
- Patientregistret, Socialstyrelsen.
- Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Nationella kvalitetsregister

- Senior Alert.
- BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens).
- Svenska Palliativregistret.
- Riks-Stroke.

När det gäller området funktionshindrade baseras resultatet i öppna jämförelser på följande datakällor:

- En elektronisk enkät till samtliga kommuner och till stadsdelar/stadsområden i Stockholm, Göteborg och Malmö, riktad till verksamheter med ansvar för myndighetsutövning inom området som regleras av LSS.
- En elektronisk enkät till samtliga kommuner och till stadsdelar/stadsområden i Stockholm, Göteborg och Malmö, riktad till verksamheter med ansvar för

myndighetsutövning inom området ”stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning” (socialpsykiatri) framförallt utifrån SoL.

Målet är att stimulera jämförelser och att bidra till en större öppenhet när det gäller resultat och kostnader för den verksamhet som kommuner och landsting bedriver.

Varje kommun och landsting rangordnas, från bästa värde (rangnummer 1) till sämsta värde (rangnummer 290/21). För pedagogiskt syfte är tabeller färgade med grönt, gult och rött.

Grönt: 25 % (1-73)

Gult: 50 % (74-217)

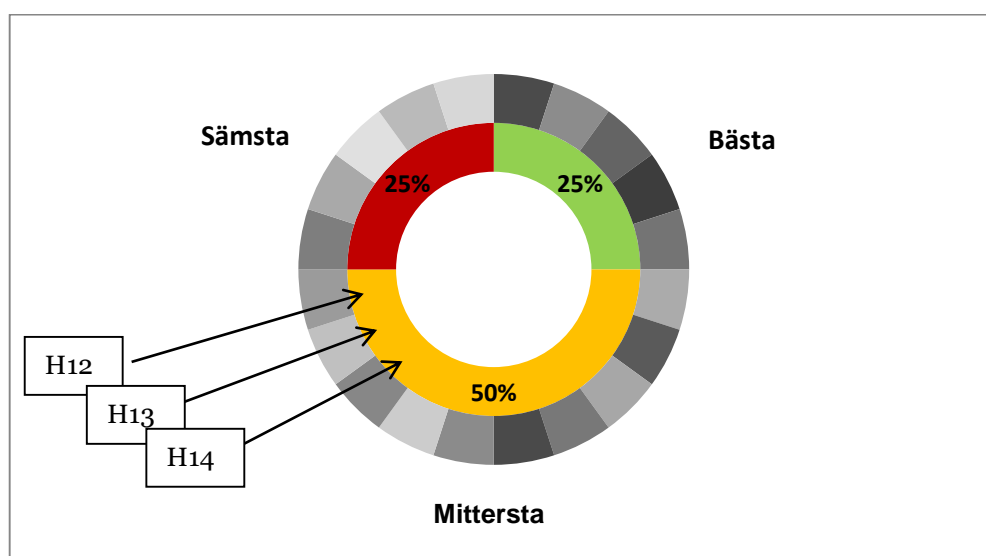
Rött: 25 % (218-290)

De grå rutorna i den yttre cirkeln motsvarar 5 % och syftar till att underlätta för läsaren att se vart inom gruppen grönt, gult och rött kommunen befinner sig.

I sammanhanget bör nämnas att cirkeldiagrammen enbart visar kommunens nationella placering relativt andra kommuner. För att få en indikation om en förändring i placering beror på att kommunens resultat har förbättrats eller om det beror på att andra kommuner generellt har blivit sämre (eller vise versa) bör cirkeldiagrammen läsas parallellt med nyckeltalsvärdesdiagrammen.

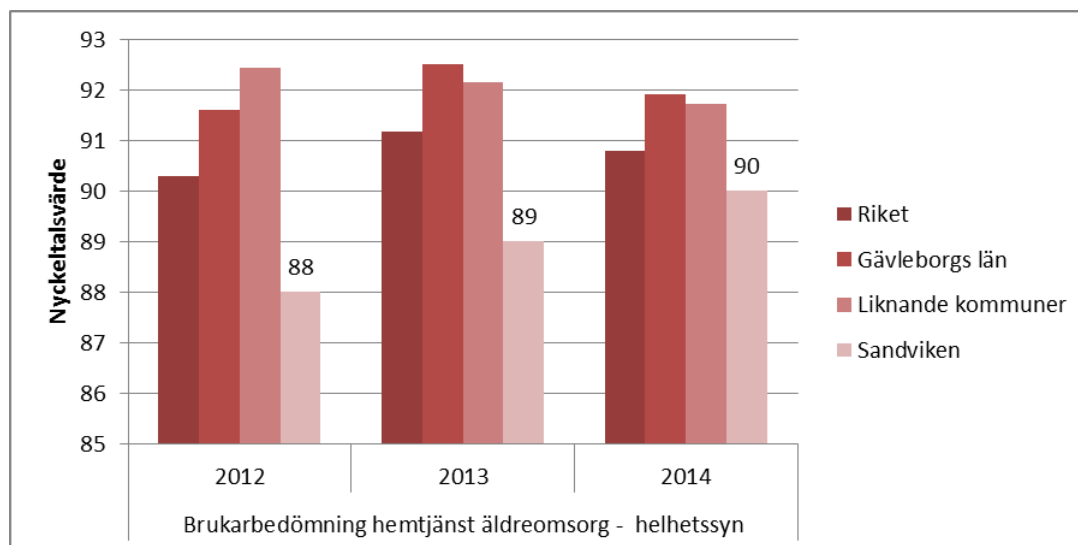
3.4.1. Hemtjänst

Att det har skett en resultatförbättring i brukarundersökningarna avseende hemtjänsten i Sandviken, samtidigt som riket inte har en fortsatt förbättring, syns även i den nationella rangordningen där Sandvikens kommun har klättrat några placeringar. Sandviken var 2012 nära den sämsta kvartilen i riket men har varje år rört sig mot mitten.



Hemtjänstens resultat i jämförelse med riket där resultaten från samtliga kommuner har rangordnats. Rangordningen är indelad i percentiler om de 25 bästa %en, de 50 mittersta %en och de 25 sämsta %en. Hemtjänsten (H) i Sandvikens resultat redovisas från år 2012 till år 2014 som H12, H13 och H14. Källa: Kolada.se

De framgår att helhetsbedömningen av hemtjänsten i Sandviken varje år har förbättrat sitt resultat jämfört med föregående år. Detta kan jämföras med länet och riket som båda toppade 2013. Trots förbättringar får Sandviken ett sämre resultat än läns- och riksmedlen samt medel för liknande kommuner.



Resultat utifrån helhetsbedömning för hemtjänsten i Sandvikens kommun, liknande kommuner, Gävleborgs län och riket.

Källa: Kolada.se

3.4.2. Särskilt boende

Avseende resultatet för särskilt boende befinner sig Sandvikens kommun i den 3:e kvartilen. 2013 tappade Sandviken några placeringar till den 70:e percentilen för att 2014 åter vara inom den 65:e percentilen.

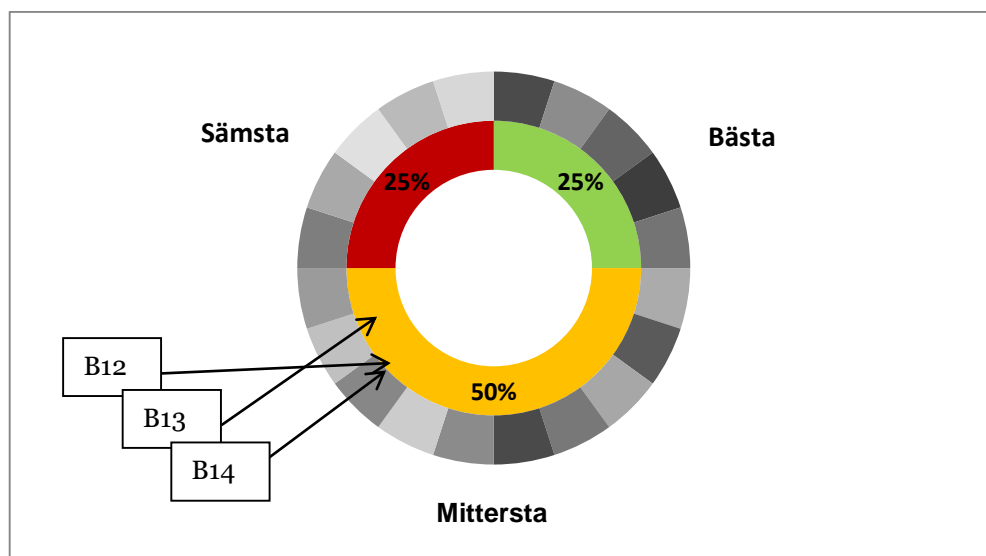


Bild 3.2.2: Resultat för särskilt boende i jämförelse med riket där resultaten från samtliga kommuner har rangordnats. Rangordningen är indelad i percentiler om de 25 bästa %en, de 50 mittersta %en och de 25 sämsta %en. Resultat för särskilt boende (B) i Sandviken redovisas från år 2012 till år 2014 som B12, BH13 och B14.

Källa: Kolada.se

Sett till resultatet utifrån helhetsbedömningen för särskilt boende i Sandviken har det inte skett någon förbättring av resultatet från 2013-2014. Detsamma gäller mer eller mindre för riket. Resultatet utifrån helhetsbedömningen av särskilt boende har i länet och i liknande kommuner ökat varje år.

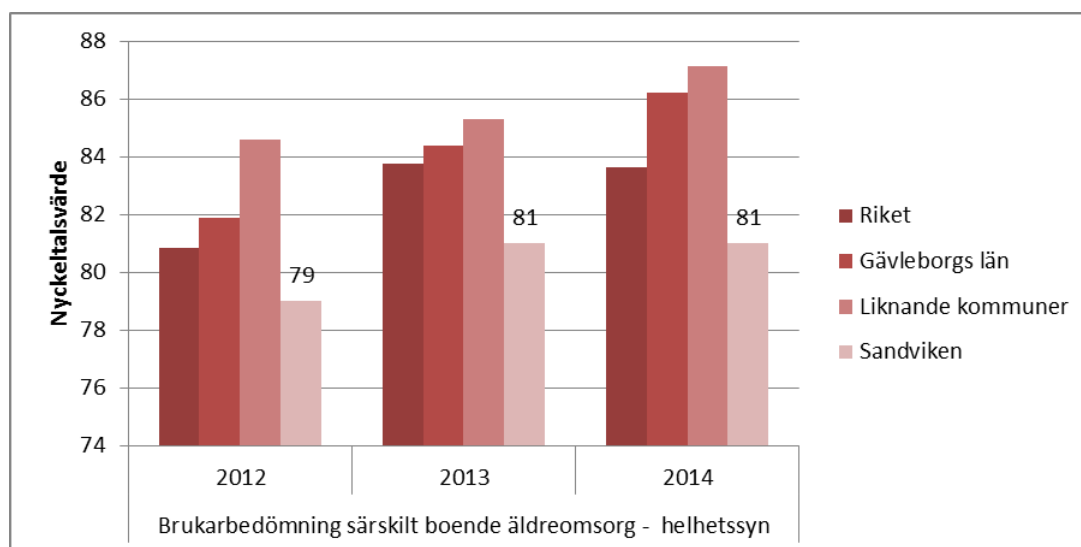


Bild 3.2.1: Resultat utifrån helhetsbedömning för särskilt boende i Sandvikens kommun, Gävleborgs län och riket.

Källa: Kolada.se

3.4.1. Funktionshinderomsorgen

När det gäller omsorgen om funktionshindrade följs verksamheten inte upp på samma sätt som äldreomsorgen.

Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning har tagits fram av Socialstyrelsen tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.

Som tidigare beskrivits bygger resultatet som redovisas i öppna jämförelser på svaren från två enkätundersökningar som Socialstyrelsen gjorde i kommunerna i november år 2014.

Några viktiga iakttagelser som socialstyrelsen sammanställt från resultat i 2015 års jämförelse är:

- 34 % av besluten om bostad med särskild service följdes upp av socialtjänsten inom ett år. Det är fler än tidigare år. Sandviken har följt upp 32 % av besluten vilket är något lägre andel än riket som helhet.
- Även när det gäller att följa upp beslut om ledsagarservice har Socialtjänsten också blivit snabbare. Det finns stora variationer över landet. Störst skillnader finns i storstadsregionerna. Där varierade andelen beslut som följdes upp inom ett år mellan 0 och 100 %.

- Fler kommuner än tidigare samarbetar med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Det gör att fler personer med funktionsnedsättningar får hjälp att få ett arbete.
- Fler kommuner än tidigare arbetar med att hitta de personer med psykisk funktionsnedsättning som inte har något stöd från kommunen.
- Fler kommuner än tidigare har olika insatser för att personer med psykisk funktionsnedsättning ska få en meningsfull sysselsättning.
- Färre kommuner än tidigare gör så kallade brukarundersökningar för att utveckla sin verksamhet. Men andra sätt att ta hänsyn till vad brukarna tycker har blivit vanligare. Till exempel har fler kommuner skaffat särskilda samordnare som arbetar för att förbättra brukarnas inflytande. Fler kommuner gör också brukar-revisioner. I en brukarrevision intervjuar en brukare en annan brukare för att ta reda på hur kommunen kan förbättra verksamheten.

	Andel beslut om bostad med särskild service som följs upp inom ett år	Andel beslut om daglig verksamhet som följs upp inom ett år	Andel beslut om ledsagarservice som följs upp inom ett år
	För kommuner och stadsdelar som har färre än 20 beslut presenteras andelarna som <i>alla</i> , <i>delvis</i> och <i>inget</i> . För kommuner och stadsdelar som har 20 beslut eller fler presenteras andelar i %.		
Riket	34 %	37 %	57 %
Länet	36 %	35 %	51 %
Sandviken	32 %	24 %	55 %

4. Granskningsresultat

4.1. Ansvar för och användning av ledningssystem

“Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet” (SOSFS 2011:3).

I omsorgsnämndens verksamhets- och kvalitetsplan som vi har delgivits noterar vi att det finns instruktioner för vilka typer av uppföljningar som ska göras samt hur ansvaret är fördelat (antingen uttryckt i texten eller genom hänvisning till andra styrdokument) på de olika organisationsnivåerna. Vi noterar att enheter och förvaltning årligen ska återrapportera till nämnden med verksamhets-/kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse.

Från nämndsprotokollen noterar vi att nämnde har tagit del av såväl patientsäkerhetsberättelse som verksamhets- och kvalitetsberättelse.

Från verksamhetsberättelsen för 2014 kan vi konstatera att verksamheten mäter måluppfyllelse samt genomför systematiska uppföljningar av bl.a. verkningsgrad, personaltimmar och avvikelserapporteringar.

I Sandviken kommuns fall är omsorgsnämnden huvudman. Vi har i granskningen tagit del av styrdokument, rutiner och riktlinjer som i allt väsentligt uppfyller verksamhetens behov. Vidare finns verksamheternas processer beskrivna i förvaltningens ledningssystem. I enkätsvaren från verksamhetens enhetschefer bekräftas dessa uppgifter då vi noterar att de enhetschefer som har besvarat enkäten till större del instämmer helt eller i huvudsak att det finns rutiner och/eller processbeskrivningar för hur verksamheten ska planeras, ledas, kontrolleras, förbättras och följas upp.

4.1.1. Ledningssystemets uppbyggnad

Från intervju framkommer att Ledningssystemet (som idag finns på förvaltningens intranät) är uppdaterat med gällande styr och stöddokumentation. Dock påtalar de intervjuade att ledningssystemet är uppbyggt enligt en logik anpassad för den gamla lagstiftningen. Detta uppges idag göra ledningssystemet svårnavigerat.

Att det IT-baserade ledningssystemet inte har anpassats och omstrukturerats till nu gällande regelverk beror på att det i Sandvikens kommun planeras för ett kommunövergripande och gemensamt verksamhetssystem.³ De intervjuade påtalar att ett nytt ledningssystem med fördel bör vara kompatibelt med ett (eventuellt) kommungemensamt verksamhetssystem.

³ Det gemensamma verksamhetssystemet ska underlätta och förtydliga målstyrningen och uppföljningen mellan fullmäktige, styrelse/nämnder, förvaltningar, verksamheter, osv.

Från intervju noterar vi att det finns process-/flödesbeskrivningar, ”vem gör vad och hur”. Exempel som vi tagit del av är rutinbeskrivning för avvikelshantering för Lex Maria och Lex Sara, samt att det finns omfattande styr- och stöddokumentation avseende informationsöverföring. Vi noterar att stöddokumentationen för Lex Sarah är omfattande medan stöddokumentationen för Lex Maria är mindre omfattande.

Från det statistiska underlaget (se föregående kapitel) noterar vi att Sandvikens kommun till en övervägande del har rutiner och överenskommelser, såväl inom kommunen som mellan kommunen och Region Gävleborg, för samverkan och samordning av omsorgsärenden.

Från enkätundersökningen noterar vi att majoriteten av enhetscheferna instämmer helt eller i huvudsak i påståendena om att de i god tid får kännedom om förändringar i och konsekvenser av lagar, regler och annan praxis. Dock påtalar en respondent att det inte är tydligt vem som ansvarar för att informera enhetscheferna om förändringar när ny information blir känd.

Vad gäller enhetschefernas kännedom om förändringar i och konsekvenser av omvärldsförändringar är resultatet mindre positivt. Runt en tredjedel instämmer endast delvis eller inte alls i påståendet om att de i god tid får kännedom om förändringar. Av kommentarerna att döma önskar flera enhetschefer mer omvärldsinformation.

4.1.2. Kommentar

Ledningssystemets uppbyggnad är föråldrad och bör bytas ut. Vi noterar att nämnden och förvaltningen är medveten om detta och att planer finns på att uppdatera detta efter att kommunledningen har lämnat besked om ett eventuellt kommungemensamt verksamhetssystem. Vi ser därför inget behov av att kommentera detta ytterligare i denna granskning.

Att drygt 30 procent av de enhetschefer som har svarat på enkäten menar att de inte i god tid får kännedom om omvärldsförändringar och vilka konsekvenser dessa har för deras verksamhet bör ses över. Som del i planeringsarbetet bör det finnas en risk och väsentlighetsanalys som bl.a. tar hänsyn till vilka konsekvenser omvärldshändelser kommer att ha för verksamheterna och som verksamheterna får ta del av.

Med tanke på att ett av de av kommunfullmäktige antagna perspektiven i den balanserade styrmodellen är Omvärld och verksamheten redan har en modell för omvärldsspaning och analys, finns det skäl att se över de förvaltningsinterna rutinerna för hur information om förändringar kommuniceras liksom hur förvaltningen ska kommunicera att det *inte* finns någon relevant information att informera om.

4.1.3. Systematiskt förbättringsarbete

Förvaltningen arbetar systematiskt med avvikelshantering. I ledningssystemet finns processen tydligt beskriven. Vidare används avvikelserna på ett systematiskt sätt i förvaltningens förbättrings- och utvecklingsarbete. Vi noterar från både

intervjuer och i enkätsvaren att detta har hög prioritet. Det finns dock mörkertal då det inte klart går att säga att alla avvikelser dokumenteras enligt fastställda rutiner. Det finns enligt de intervjuade, liksom från vad som framkommer i enkätsvaren, ett behov av att förtydliga för medarbetarna och enhetscheferna varför de ska skriva avvikelse rapporter samt att återkopplingen från ett avvikelseärende kan bli bättre.

Förvaltningens och verksamheternas planerings- och uppföljningsarbete har tidigare inte strukturerat följt årshjulet varför tidsplanen för detta från och med hösten 2015 har ändrats. Detta innebär att förvaltningen avser färdigställa verksamhetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse innan verksamhetsårets slut. Detta för att tidigare års lärdomar (såväl lyckanden som misslyckanden) på ett tydligare sätt ska utgöra underlag för nästkommande års verksamhetsplan.

För detta arbete finns en standardiserad mall för verksamhetsberättelsen (som tillika är kvalitetsberättelsen) som alla verksamheter ska rapportera enligt.

4.1.4. Kommentar

Sandvikens kommun arbetar enligt vår uppfattning på ett ändamålsenligt sätt när det gäller utveckling och förbättring. Vidare ser vi positivt på deras sätt att anpassa verksamhetens årshjul för att detta ska vara mer pedagogiskt anpassad till verksamhetens praktiska arbete.

4.1.5. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

De som bedriver verksamhet måste skapa förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet.⁴ Medarbetarnas erfarenheter avseende verksamhetens kvalitet kan ge värdefull information i arbetet med att säkra kvaliteten och vidareutveckla vården och omsorgen. På så sätt blir verksamheten en lärande organisation.

Enligt enhetschefernas uppfattning finns i organisationen en utmaning i detta ur flera perspektiv. Dels ser de svårigheter när det gäller att dokumentera på ett systematiskt sätt i hela organisationen, dvs. svårighet att skapa förståelse för vikten av detta i personalgrupperna. Ett annat problem är att säkerställa samtliga medarbetares möjlighet i att delta i olika aktiviteter. Vikarie faller ofta mellan stolarna vilket förvaltningen verkar för att undvika. Det har genomförts och planeras olika satsningar så som exempelvis föreläsningstillfällen för just denna personalgrupp. Vidare ser de intervjuade vikten av att snabbt inkludera vikarierna i den kollegiala kulturen.

En annan utmaning som nämns är vikariernas språkkunskaper i svenska. Bristande språkkunskaper kan innebära svårigheter i möten mellan medarbetare och vårdtagare. För detta har en språklärare anställts som jobbar med språkutbildning. De intervjuade menar att ett bra mottagande av vikarier i verksamhetens alla moment är ett viktigt steg för att integrera vikarier i verksamheten och att påskynda språkträningen.

⁴ Jfr 5 kap. 3 § 2 p. SOSFS 2011:9 samt 14 kap. 3 § SoL, 24 b § LSS och 6 kap. 4 § PSL

4.1.6. Kommentar

Vi erfar att det finns en stor medvetenhet i förvaltningen när det gäller personalens medverkan i kvalitetsarbetet. Även om enhetscheferna ibland upplever det svårt att få med all personal i arbetet, såväl tillsvidareanställda som vikarier, erfar vi att man aktivt verkar för detta.

4.1.7. Dokumentation av kvalitetsarbete.

Vi noterar från delgivet underlag att det finns dokumenterad kvalitetsredovisning avseende patientsäkerhet (för år 2014) i vilket det framgår:

1. den organisatoriska ansvarsfördelningen för patientsäkerhetsarbete,
2. hur uppföljning och utvärdering genom egenkontroll har varit fördelad och har genomförts,
3. att det finns samverkan med andra vårdgivare, däribland Region Gävleborg,
4. hur risker för vårdskador ska hanteras
5. hur sjukvårdspersonal ska rapportera identifierade avvikelser
6. hur klagomål och synpunkter ska hanteras

4.1.8. Kommentar

Inom förvaltningen finns en kultur kring systematiskt kvalitetsarbete som enligt vår bedömning i allt väsentligt följer gällande regelverk. Arbetet dokumenteras väl i bl.a. förvaltningens årliga kvalitetsredovisning och verksamhetsberättelse. Dokumentationen är en del i förvaltningens ledningssystem.

5. Bedömningar

Nedan redogörs för de bedömningar som har gjorts i relation till kontrollfrågorna och revisionskriterierna.

5.1. Bedömningar mot kontrollfrågor

Bedömningar till kontrollfrågorna görs utifrån en tregradig skala: uppfyllt, delvis uppfyllt eller inte uppfyllt.

Kontrollfråga	Kommentar
<i>Har ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete implementerats på ett tillfredsställande sätt inom omsorgens verksamheter?</i>	<p>Vi bedömer att nämnden har uppfyllt sitt ansvar att säkerställa en tillfredställande implementering av ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom omsorgens verksamheter.</p> <p>Vi gör denna bedömning då vi noterar att förvaltningens ledningssystem är känt i verksamheten men som dock uppfattas svårnavigerat och därmed utgör en onödig risk vad gäller nyanställdas och vikariers möjlighet att tillgodogöra sig bl.a. gällande rutiner och processbeskrivningar.</p> <p>Vidare ser vi att förvaltningen aktivt arbetar för att samtliga medarbetare ska ges möjlighet att delta i kvalitetsarbetet.</p>
<i>Sker en tillfredsställande uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet? På vilka nivåer sker uppföljning?</i>	<p>Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt. Denna bedömning grundar vi på de iakttagelser vi gjort avseende förvaltningens kultur kring systematiskt kvalitetsarbete som enligt vår bedömning i allt väsentligt följer gällande regelverk. Arbetet dokumenteras väl i bl.a. förvaltningens årliga kvalitetsredovisning och verksamhetsberättelse. Dokumentationen är en del i förvaltningens ledningssystem.</p> <p>Uppföljning sker på alla nivåer i organisationen och sammanställs bl.a. i den årliga kvalitetsredovisningen.</p>
<i>Sker en tillfredsställande rapportering av det systematiska kvalitetsarbetet, både på enhets-, förvaltnings- och nämndsnivå?</i>	<p>Vi bedömer kontrollmålet som uppfyllt. Vi gör denna bedömning utifrån de underlag som vi har tagit del av, i vilka enheter och förvaltning har redogjort för sina verksamheter, och de protokoll i vilka det framgår att nämnden har tagit del av nyss</p>



nämnda dokument.

Har positiva kvalitetseffekter kunna påvisats utifrån det systematiska kvalitetsarbetet?



Som kontrollmål ser vi detta som **uppfyllt**. De framgår att helhetsbedömningen av hemtjänsten i Sandviken varje år har förbättrat sitt resultat sedan 2012.

När det gäller särskilt boende i Sandviken har det inte skett någon förbättring av resultatet mellan 2013-2014 däremot kan en förbättring ses jämfört med 2012.

Rapporteras kvalitetseffekter/kvalitetsmål till nämnden och används rapporterna till utveckling av verksamheten?



Vår bedömning är att kontrollmålet är **uppfyllt**. Vår grund till denna bedömning är att Sandvikens kommun enligt vår uppfattning arbetar på ett ändamålsenligt sätt när det gäller utveckling och förbättring. Vidare arbetar förvaltningen för att tydligare koppla resultaten som rapporteras i exempelvis kvalitetsredovisningar och verksamhetsberättelse till kommande mål- och planeringsarbete. Från 2016 avses förvaltningens års-hjul vara mer pedagogiskt anpassad till verksamhetens praktiska arbete.

5.2. Revisionell bedömning

Vi bedömer utifrån genomförd granskning att omsorgsnämnden i allt väsentligt har säkerställt ett ändamålsenligt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

5.3. Rekommendationer

Vi rekommenderar omsorgsnämnden att verka för ett skyndsamt införande av ett IT-baserat ledningssystem för det fortsatta kvalitetsarbetet.

Vi rekommenderar omsorgsnämnden att fortsätta med aktiviteter som säkerställer att alla medarbetare, oavsett anställningsform, som på ett eller annat sätt fullgör uppgifter inom äldreomsorgen och omsorgen om funktionshindrade dels ges möjlighet att delta och dels motiveras att delta i verksamhetens kvalitetsarbete.

2016-01-21

Margaretha Larsson

Projektledare

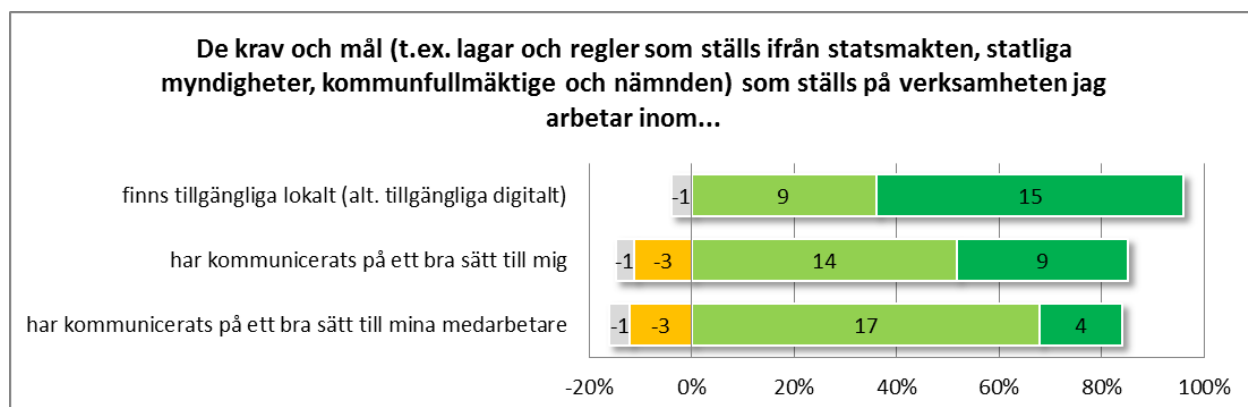
Louise Cedemar

Uppdragsledare

6. Bilaga

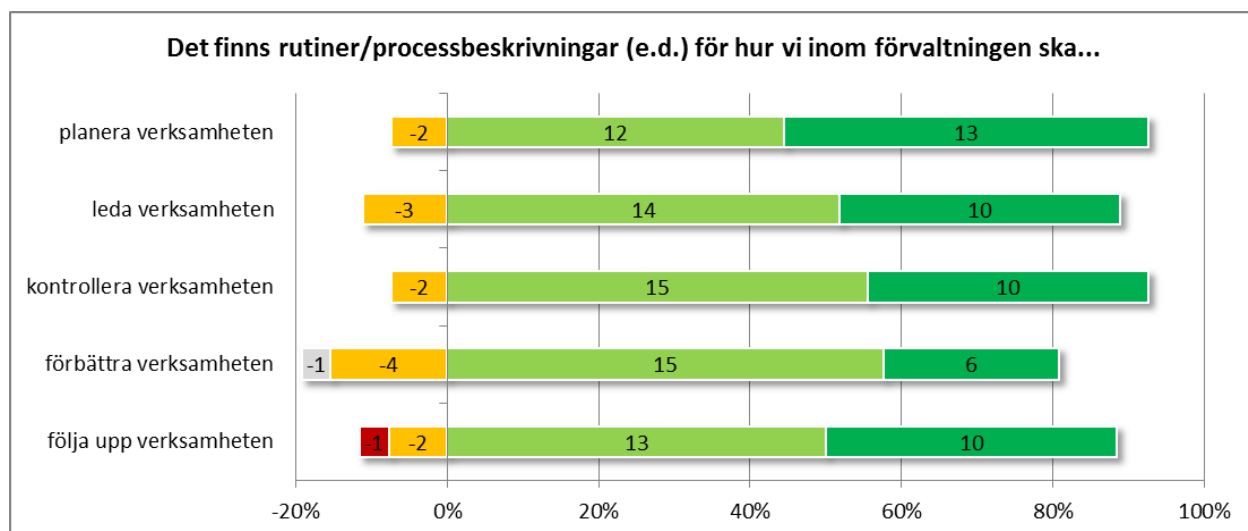
Enkät svar

Mål och krav



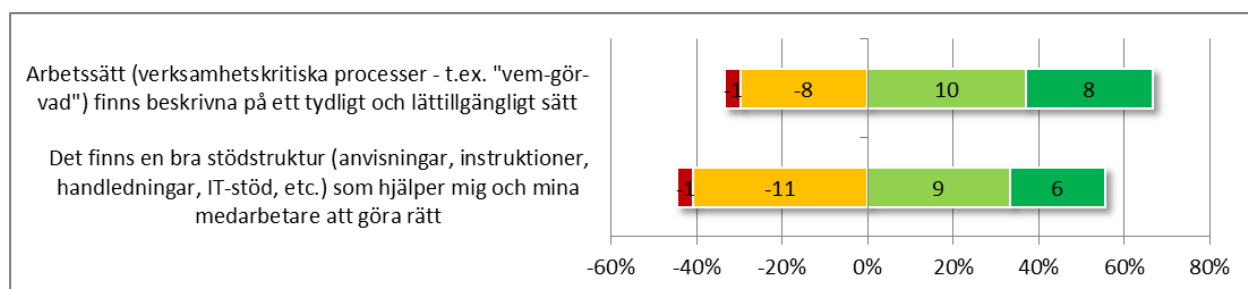
■ Vet ej ■ Instämmer inte alls ■ Instämmer delvis ■ Instämmer i huvudsak ■ Instämmer helt

Rutiner och processbeskrivningar



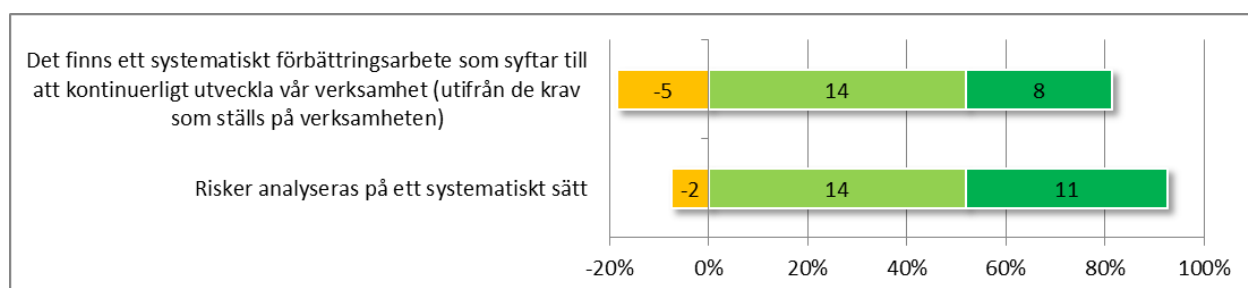
■ Vet ej ■ Instämmer inte alls ■ Instämmer delvis ■ Instämmer i huvudsak ■ Instämmer helt

Tydlighet och stöd i arbete



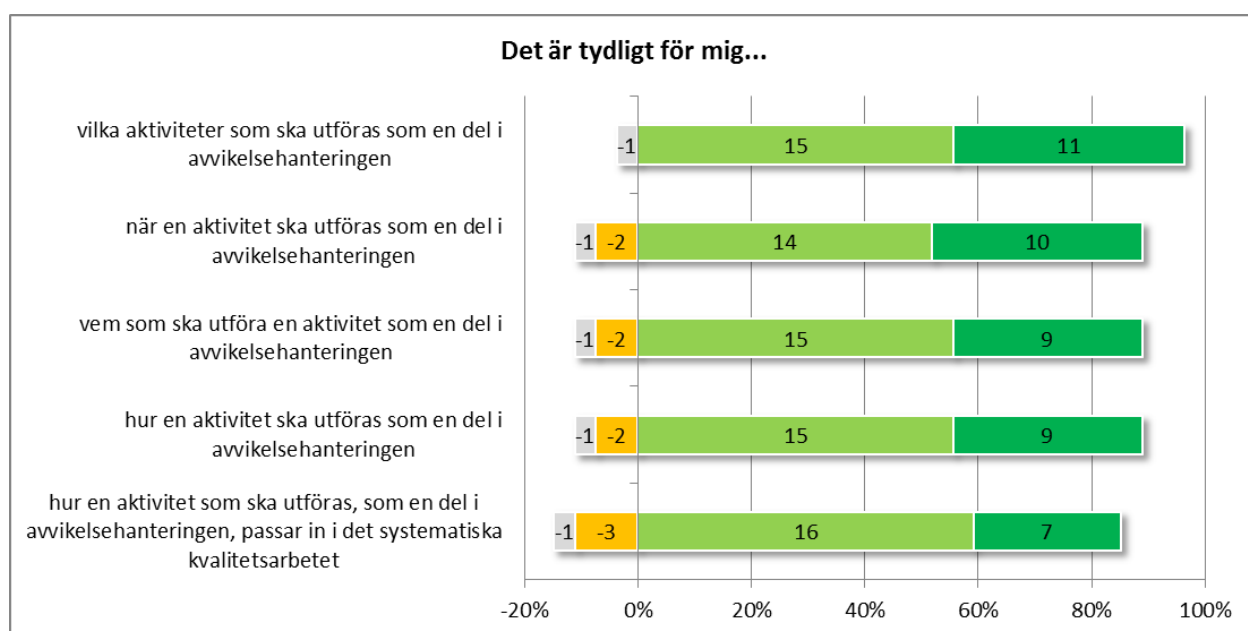
■ Vet ej
 ■ Instämmer inte alls
 ■ Instämmer delvis
 ■ Instämmer i huvudsak
 ■ Instämmer helt

Systematik i förbättringsarbete och i riskanalys



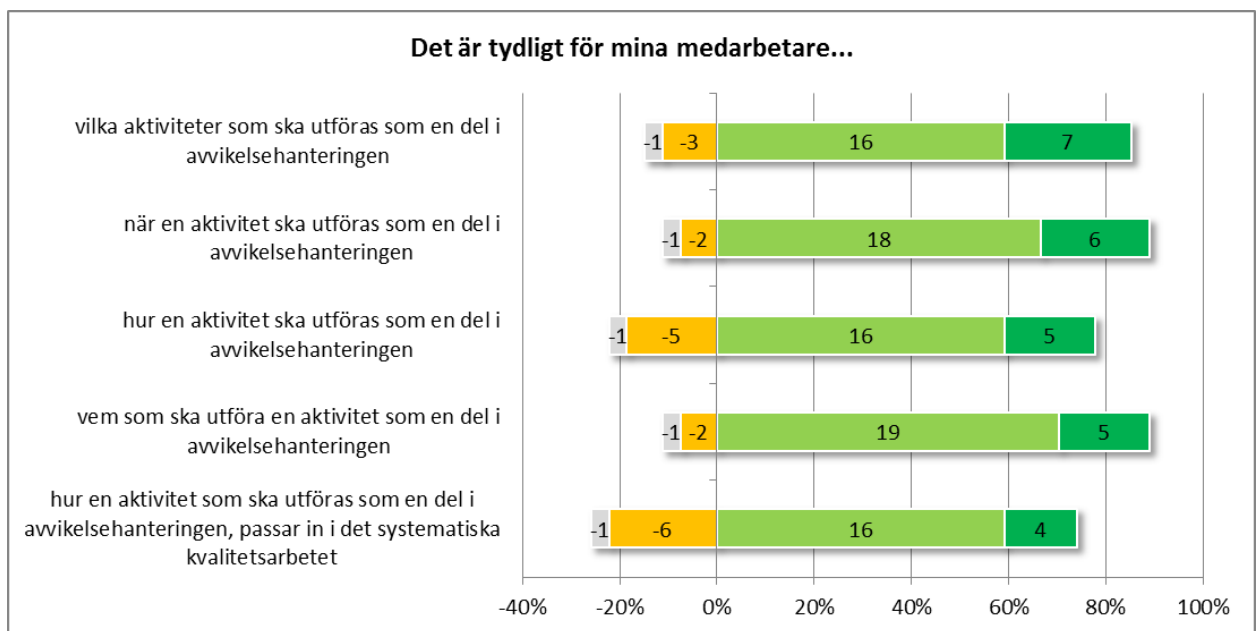
■ Vet ej
 ■ Instämmer inte alls
 ■ Instämmer delvis
 ■ Instämmer i huvudsak
 ■ Instämmer helt

Tydlighet i avvikelshantering för den enskilde



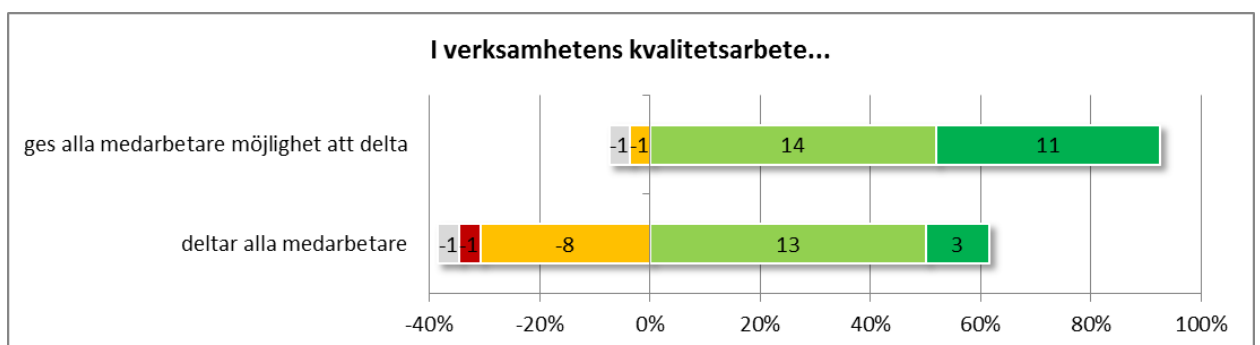
■ Vet ej
 ■ Instämmer inte alls
 ■ Instämmer delvis
 ■ Instämmer i huvudsak
 ■ Instämmer helt

Tydlighet i avvikelshandlingen för ”de andra”



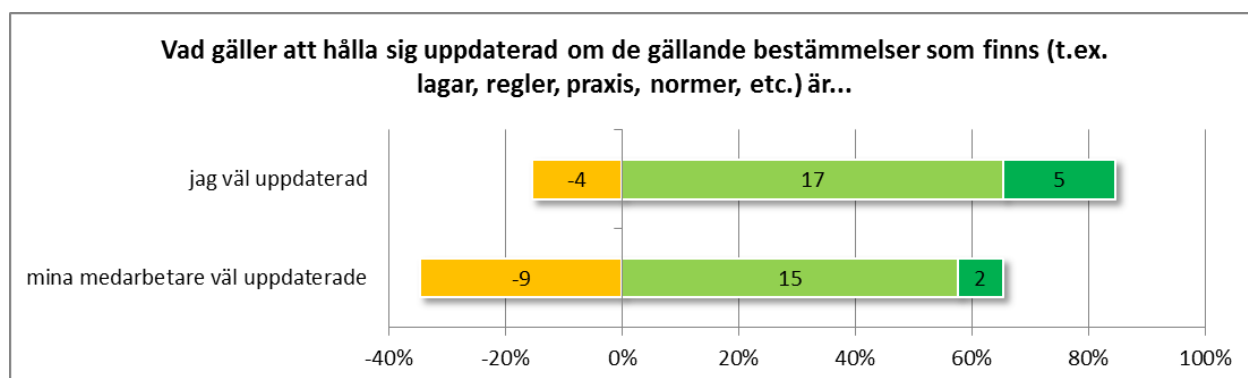
■ Vet ej
 ■ Instämmer inte alls
 ■ Instämmer delvis
 ■ Instämmer i huvudsak
 ■ Instämmer helt

Medarbetarnas deltagande



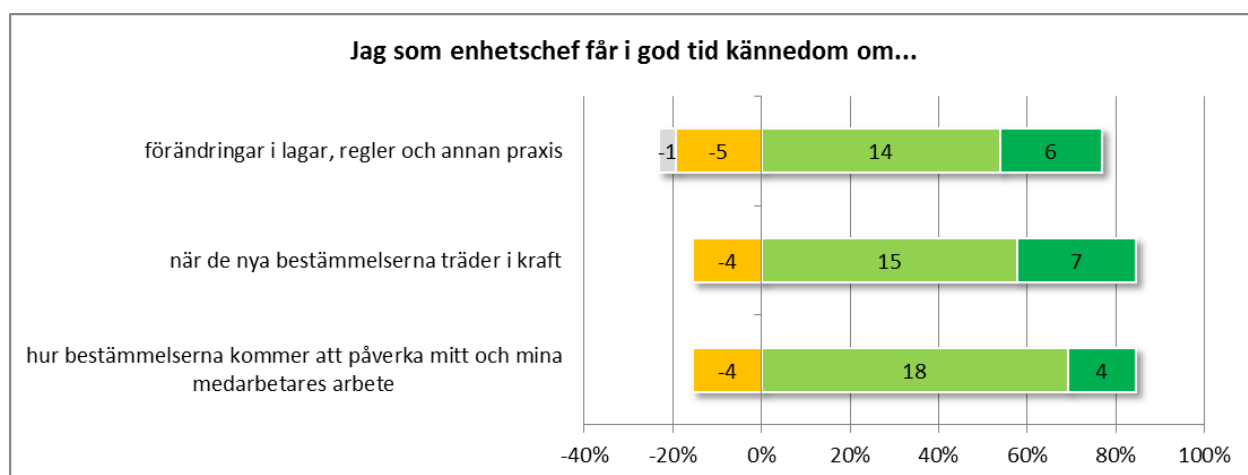
■ Vet ej
 ■ Instämmer inte alls
 ■ Instämmer delvis
 ■ Instämmer i huvudsak
 ■ Instämmer helt

Kännedom om bestämmelser



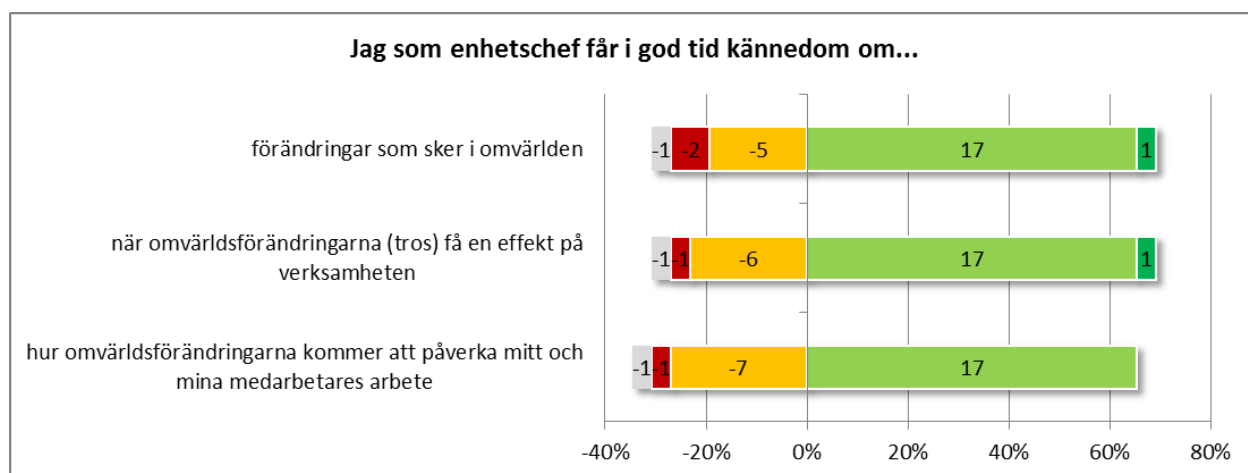
■ Vet ej ■ Instämmer inte alls ■ Instämmer delvis ■ Instämmer i huvudsak ■ Instämmer helt

Kännedom om förändringar i bestämmelser



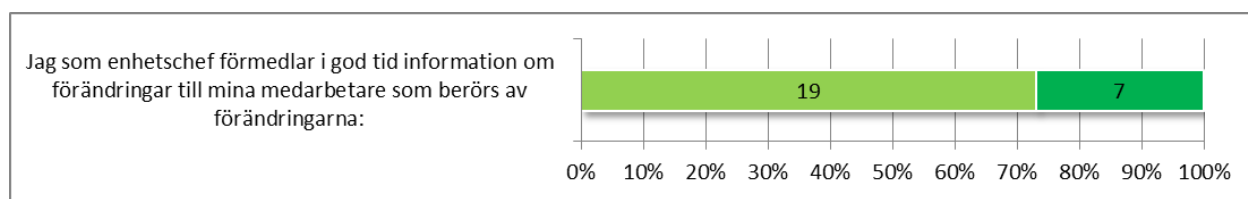
■ Vet ej ■ Instämmer inte alls ■ Instämmer delvis ■ Instämmer i huvudsak ■ Instämmer helt

Kännedom om omvärldsförändringar



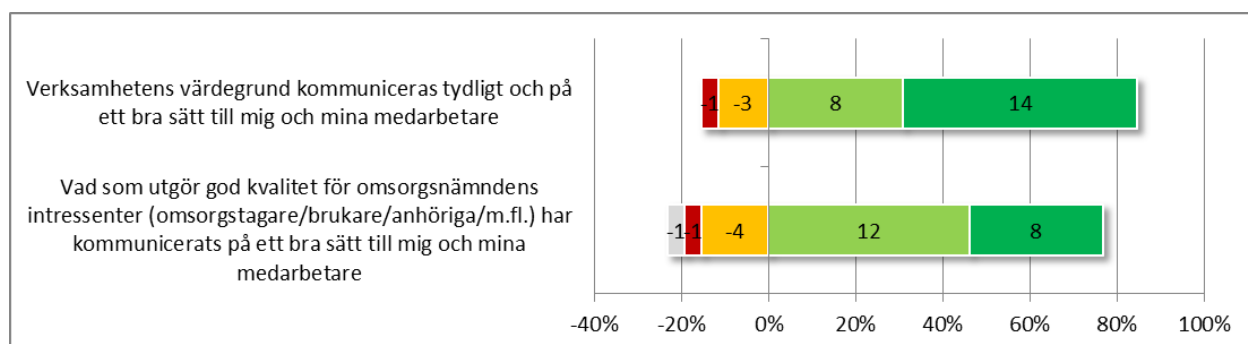
■ Vet ej
 ■ Instämmer inte alls
 ■ Instämmer delvis
 ■ Instämmer i huvudsak
 ■ Instämmer helt

Intern informationsförmedling avs. förändringar



■ Vet ej
 ■ Instämmer inte alls
 ■ Instämmer delvis
 ■ Instämmer i huvudsak
 ■ Instämmer helt

Intern kommunikation avs. värderingar och kvalitet



■ Vet ej
 ■ Instämmer inte alls
 ■ Instämmer delvis
 ■ Instämmer i huvudsak
 ■ Instämmer helt

Egna undersökningar

