



Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen

Revisionsrapport
Svedala kommun

KPMG AB

2018-01-18

Antal sidor 13



Svedala kommun

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen

KPMG AB

2018-01-18

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
2	Inledning/bakgrund	3
2.1	Syfte och revisionsfråga	3
2.2	Avgränsningar	4
2.3	Revisionskriterier	4
2.4	Ansvarig nämnd	4
2.5	Projektorganisation/granskningsansvarig	4
2.6	Metod	4
3	Resultat av granskningen	5
4	Slutsats och rekommendationer	11
4.1	Svar på revisionsfrågorna	11
4.2	Rekommendationer	13

1 Sammanfattning

Det övergripande syftet med granskningen har varit att bedöma om socialnämnden har säkerställt ett ändamålsenligt utformat kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.

Av granskningen framkommer att det finns ett i många stycken väl genomfört arbete med att systematiskt förbättra kvalitén inom äldreomsorgen. Det finns dock vissa förbättringsområden som görs tydliga genom granskningen.

Nämnden har fattat beslut om ett ledningssystem och det finns några identifierade processer avseende i huvudsak myndighetsområdet. Processerna är dock inte kopplade till ledningssystemet eller Projektrummet (kommunens plattform för hantering av dokument) och det innebär att det inte finns en sammanhållen beskrivning av arbetsprocesser och dess aktiviteter.

Av föreskriften om systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att alla som bedriver socialtjänst ska ha ett ledningssystem för *all* sin verksamhet. Det gäller såväl vid myndighetsutövning som vid genomförandet av vård eller insatser. Nämnden har inte identifierat processer och beskrivit aktiviteter som hör till processerna inom verkställigheten i enlighet med föreskriften och det saknas till viss del nedtecknade rutiner för verksamhet som avser verkställighet. Inom myndighetssidan finns riktlinjer och rutiner för verksamheten beskrivna i Projektrummen men de är inte kopplade till processkartläggningen enligt nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Arbetet med kvalitetsbokslutet beskrivs i intervjuerna vara ett led i att systematiskt utvärdera och förbättra vård- och omsorgsverksamheten. Vi ser positivt på nämndens arbete med kvalitetsbokslut och enligt vår bedömning finns i bokslutet delar som kan anses motsvara det i föreskrift om ledningssystem kallat kvalitetsberättelse. För att helt leva upp till kraven enligt föreskriften behöver kvalitetsbokslutet dock kompletteras med bland annat uppföljning av värdighetsgarantierna. Vidare borde det enligt vår mening tydligare rapporteras vad som framkommit i egenkontroller och avvikelser och vilka åtgärder som gjorts för att komma till rätta med bristerna.

Vi rekommenderar nämnden att:

- Tillse att samtliga verksamheters processer kartläggs och att tillhörande aktiviteter identifieras, dokumenteras och görs tillgängliga för alla som berörs.
- Förbättra arbetet runt riskanalyser, egenkontroller samt klagomål och synpunktshantering så att det bättre motsvarar kraven i föreskriften.
- Kvalitetsbokslutet kompletteras så att det motsvarar kraven på föreskriftens kvalitetsberättelse.

Svedala kommun

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen

KPMG AB

2018-01-18

2 Inledning/bakgrund

Vi har av Svedala kommuns revisorer fått i uppdrag att granska kvalitetsledningssystemet inom kommunens äldreomsorg. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2017.

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.

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det finns krav på riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet och dokumentationsskyldighet. I Svedala kommun har det sedan flera år tillbaka dessutom funnits lokala värdighetsgarantier inom hemtjänst, särskilt boende, dagverksamhet och dagcentraler. Värdighetsgarantierna är en viljeriktning kring vilken kvalitet äldreomsorgen ska hålla och ska utgöra ett förtydligande för den enskilde kring vilken kvalitet de kan förvänta sig.

Media har i sina reportage visat att det i andra kommuner förekommer brister i äldreomsorgen och hos externa leverantörer. Det har även rapporterats att personalomsättningen hos enskilda brukare inom hemtjänst kan vara hög. Revisorerna ser därmed utifrån ett medborgarperspektiv att kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen är ett angeläget område att granska.

2.1 Syfte och revisionsfråga

Det övergripande syftet med granskningen är att bedöma om socialnämnden har säkerställt ett ändamålsenligt utformat kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.

I granskningen ska följande revisionsfrågor besvaras:

- Finns ett dokumenterat kvalitetssystem som omfattar de områden som anges i lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd?
- Är ansvaret för kvalitetsarbetet tydligt definierat och finns en tydlig organisation och plan för hur det ska bedrivas och följas upp?
- Finns formaliserade processer och rutiner för att säkerställa vårdens kvalitet?
- Görs riskbedömningar och kvalitativa egenkontroller? Bidrar de till förbättringar?
- Finns en systematisk uppföljning och hantering av verksamhetens avvikelser och klagomål?
- På vilket sätt sker uppföljning av kvalitetsledningssystemet och vilken återrapporering lämnas till nämnden?

Svedala kommun

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen

KPMG AB

2018-01-18

2.2 Avgränsningar

Granskningen omfattar kommunens äldreomsorg.

2.3 Revisionskriterier

Vi kommer att bedöma om verksamheten uppfyller:

- Kommunallagen (1991:900) 6 kap 7 §.
- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 18 §.
- Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap. 3 §.
- Lagen om valfrihetssystem (2008:962).
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9)
- Äldreomsorgens nationella värdegrund (Socialstyrelsen 2012)
- Vård- och omsorgsplan 2016-2019, Svedala kommun.
- Eventuella övriga av kommunfullmäktige beslutade mål, policys och riktlinjer rörande äldreomsorgen.

2.4 Ansvarig nämnd

Granskningen avser socialnämnden.

2.5 Projektorganisation/granskningsansvarig

Granskningen har utförts av Annelie Svensson, verksamhetsrevisor.

Ida Brorsson, certifierad kommunal yrkesrevisor, har deltagit i sin roll som kundansvarig och ansvarat för kvalitetsgranskningen.

2.6 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier samt intervjuer med berörda tjänstemän, såsom verksamhetschef, områdeschef, MAS¹ och myndighetschef.

De dokument som ingått i dokumentstudien är:

- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Kvalitetsbokslut 2016
- Patientsäkerhetsberättelse
- Lokala värdighetsgarantier för äldreomsorgen i Svedala kommun
- Vård och omsorgsplan 2016-2019
- Internkontrollplan 2017

Rapporten är saklighetskontrollerad av verksamhetsföreträdare.

¹ Medicinskt ansvarig sjuksköterska

3 Resultat av granskningen

3.1.1 Nämndens mål

Utifrån Svedala kommuns mål *"Vuxna, såväl som barn, som kommer i kontakt med Vård och omsorgs verksamhet ska få ett professionellt bemötande. Kommunens medborgare ska erhålla ett respektfullt bemötande och insatser av hög kvalitet"*, har Svedala formulerat tre målområden för 2016-2018. Socialnämnden har med utgångspunkt från målområdena formulerat ett övergripande mål för verksamheten och fyra verksamhetsmål.

Svedala kommuns målområde för 2016-2018

- Kommunen ska planera för en långsiktig hållbar utveckling och tillväxt
- Kommunens verksamheter ska tydligt präglas av medborgarperspektiv och medborgarinflytande, servicekänsla, god tillgänglighet och gott bemötande
- Kommunens verksamheter och organisation är kostnadseffektiv och ekonomin är i balans med verksamheten.

Socialnämndens övergripande mål 2016-2018

- Vårdtagaren ska känna delaktighet och ha möjlighet att leva ett självständigt liv genom god omsorg och insatser av god kvalitet.

Socialnämndens verksamhetsmål 2016-2018

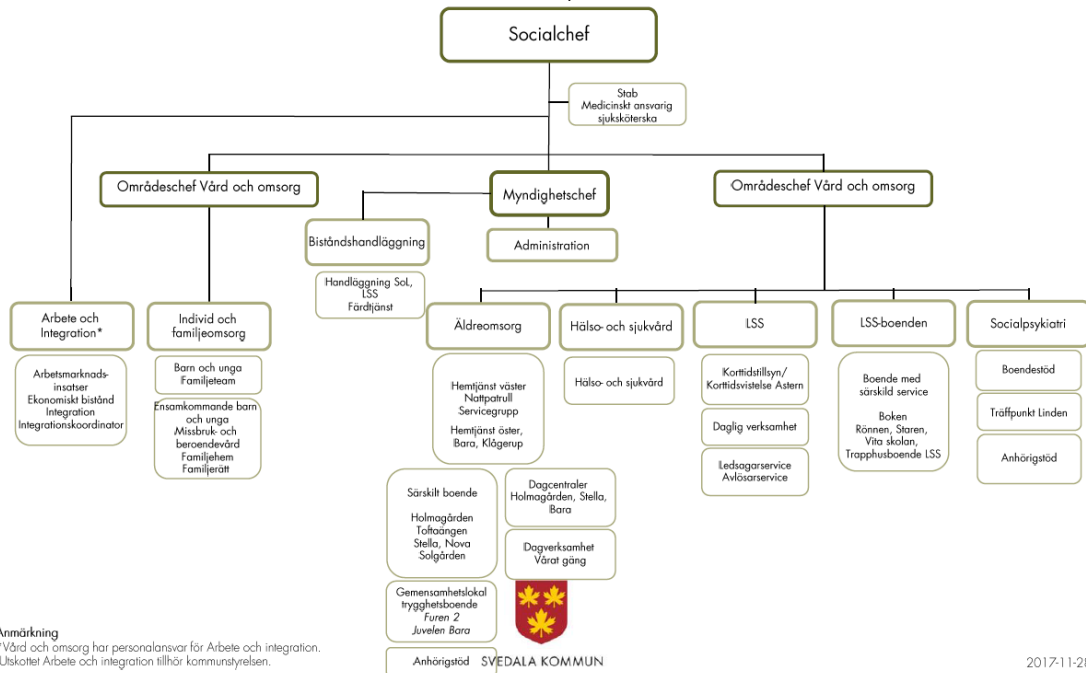
- Socialnämnden ska ha en förebyggande inriktning.
- Myndighetsutövningen ska få rätt insats med bästa möjliga resultat.
- Medborgaren ska få rätt insats med bästa möjliga resultat.
- Medborgaren ska vara nöjd med den insats som hen har fått.

3.1.2 Organisation

Nämndens verksamhet omfattar Ledning och stab, Individ och familjeomsorg, LSS, Socialpsykiatri, Äldreomsorg och Hälso- och sjukvård. Denna granskning avser i första hand det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen även om arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten ska tillämpas inom alla verksamheter som omfattas av socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Nedan framgår aktuell organisationsbild för socialförvaltningen.

Verksamhetsområde Vård och omsorg



2017-11-28

3.1.3 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Den som bedriver socialtjänst, hälso- och sjukvårdsinsatser eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Den fastslagna systematiken ska användas för att utveckla och säkra samtliga krav och mål som gäller för respektive verksamhet enligt författningar (lagar främst socialtjänstlagen SoL, hälso- och sjukvårdslagen HSL och Lagen om särskilt stöd och servis LSS, förordningar och föreskrifter). Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS måste klargöra vilken verksamhet som bedrivs samt göra en kartläggning av vilka krav och mål som gäller för respektive verksamhet. Vidare ska den som bedriver verksamhet bedöma vilka processer och rutiner som verksamheten behöver fastställa för att uppfylla dessa krav och mål. Därefter ska den som bedriver verksamhet se till att arbetet bedrivs utifrån fastställda processer och rutiner.

Föreskrifterna och de allmänna råden förtydligar också att den som bedriver verksamhet ska arbeta med ett systematiskt förbättringsarbete. Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner. Vidare beskrivs hur en verksamhet systematiskt och fortlöpande ska arbeta för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Kvalitet definieras i 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 på följande sätt:

Svedala kommun

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen

KPMG AB

2018-01-18

”att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter”

Ovanstående definition av kvalitet är grunden för hur ledningssystemet ska vara uppbyggt och hur det ska användas. Därför måste den som bedriver verksamheten ha kunskap om de för verksamheten relevanta kraven angående hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade, som gäller för verksamheten.

Alla som bedriver socialtjänst ska ha ett ledningssystem för sin verksamhet. Det gäller både vid myndighetsutövning till exempel ärendehandläggning och vid genomförandet av vård eller insatser.

I 4 kap. SOSFS 2011:9 finns bestämmelser om ledningssystemets grundläggande uppbyggnad. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och ska anpassas till verksamhetens art och omfattning. Definitionen av kvalitet är grunden för ledningssystemets uppbyggnad.

I 4 kap. 3 § SOSFS 2011:9 anges att den som bedriver verksamheten för varje process ska identifiera de aktiviteter som ingår i processen och bestämma deras inbördes ordning.

Processer

Med processer avses alla slags processer. Föreskrifterna och allmänna råden gör ingen skillnad på huvudprocesser, delprocesser, administrativa processer, kärnprocesser, ledningsprocesser m.m. Den som bedriver verksamheten avgör hur processerna särskiljs och benämns. Det viktiga är att det är tydligt att ledningssystemets processer och rutiner kan användas och används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Samverkan

Kraven på kartläggning av en verksamhets processer gäller endast för de processer som finns inom respektive vård- eller omsorgsgivares organisation. Samtidigt är fungerande vård- och omsorgskedjor oftast en förutsättning för vård och omsorg av god kvalitet. I 4 kap. 5 och 6 §§ SOSFS 2011:9 anges därför att det av processerna och rutinerna ska framgå hur samverkan bedrivs inom den egna verksamheten, till exempel mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar, och mellan olika personalgrupper. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs mellan vårdgivare eller verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS.

Systematiskt förbättringsarbete

Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i författningar föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Den som bedriver verksamheten ska om en avvikelse uppmärksammas vidta åtgärder, och se över processer och rutiner så att dessa är ändamålsenliga, för att säkra att verksamheten arbetar systematiskt för att förbättra kvaliteten. Detta ska göras genom;

- Riskanalyser
- Egenkontroller
- Klagomål och synpunkter

Svedala kommun

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen

KPMG AB

2018-01-18

- Rapporteringsskyldighet lex Sarah lex Maria

Sammanställning

Enligt 5 kap. 6 § SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS sammanställa inkomna rapporter, klagomål och synpunkter för att kunna se om det finns mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Framkommer sådana mönster eller trender kan åtgärder eller justeringar av processer och rutiner behövas.

Personalens medverkan

Av 6 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Detta säkerställer att alla arbetar på ett likartat sätt samt möjliggör ett systematiskt förbättringsarbete genom att arbetssätt kan följas upp och utvärderas.

Dokumentationsskyldighet

Verksamheten ska dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet.

Kvalitetsberättelse

Av det allmänna rådet till 7 kap. 1 § SOSFS 2011:9 framgår att arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen bör omfatta hur vårdgivare eller de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Av bestämmelserna i 3 kap. 9 och 10 §§ Patientsäkerhetslagen framgår vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete vilket även inkluderar kravet på att upprätta en årlig patientsäkerhetsberättelse.

Skillnaden mellan det lagstadgade kravet på en patientsäkerhetsberättelse och det allmänna rådet om en kvalitetsberättelse ligger i berättelsens omfattning. Patientsäkerhet handlar om skydd mot vårdskada. Med vårdskada menas lidande, kroppslig eller psykisk, sjukdom eller dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits. Kvalitetsbegreppet innefattar mer än enbart arbetet med patientsäkerhet. Med kvalitet avses ju att en verksamhet uppfyller samtliga krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter, det vill säga även sådana krav och mål som inte direkt påverkar patientsäkerheten.

En kvalitetsberättelse kan till exempel innehålla:

- beskrivningen av hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har varit fördelade
- en redogörelse för hur risker har hanterats
- hur kvaliteten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats
- hur rapporter, klagomål och synpunkter har hanterats

Svedala kommun

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen

KPMG AB

2018-01-18

- en beskrivning där det framgår vilka förbättringar som ovanstående aktiviteter gett upphov till

3.1.4 Nämndens arbete med Ledningssystemet

Av våra intervjuer och av kommunens dokument "Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete", framgår att det gjorts ett arbete med att bygga upp ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dokumentet har beslutats av socialnämnden. Det är ledningsgruppen som beslutar om omfattningen av ledningssystemet, vilka processer som fastställs samt ansvarsfördelning.

I dokumentet beskrivs hur kommunen avser att arbeta med de i föreskriften fastställda momenten: processer, samverkan, egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetssystemet, dokumentationsskyldighet samt riskanalyser. Däremot finns inga processbeskrivningar knutna till ledningssystemet. Avseende samverkan finns anvisningar till avtal, riktlinjer och rutiner som överenskommit och beslutats inom respektive verksamhet.

Enligt dokumentet ska de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet identifieras, beskrivas och fastställas. Arbetet med en kartläggning har påbörjats och görs efterhand då behov av kartläggning uppstår. Av dokumentet framgår att processerna; biståndshandläggning SoL och LSS, handläggning av ensamkommande barn, boendestöd samt hantering av bostadssökande, hittills har kartlagts och lett till förbättringsåtgärder. Processerna är inte presenterade i dokumentet och det framgår inte vilka aktiviteter som eventuellt identifierats och som ingår i respektive process.

Som stöd inför Biståndsbedömningen finns rutiner och riktlinjer att tillgå i det så kallade "projektrummet" på kommunens intranät. Projektrumets rutiner är inte kopplade till de i ledningssystemet identifierade processerna. Riktlinjer och rutiner är behörighetskopplade så endast vissa medarbetare kan komma in i projektrummet.

Det saknas identifierade och kartlagda processer inom andra delar av äldreomsorgens verksamhet, till exempel verkställigheten. För denna verksamhet finns skriftliga riktlinjer och rutiner som inte är samlade i projektrummet. I intervjuerna beskrivs att verksamheten ser ett behov av att utveckla den typ av Projektrum som finns för biståndsbedömningen för fler verksamheter än vad som är fallet i nuläget. Närmast på tur för att utveckla projektrum beskrivs hemtjänstens verksamhet stå.

Egenkontroller

Verksamheten gör egenkontroller i form av brukarenkäter; både den av socialstyrelsen utskickade öppna jämförelser och en lokalt utformad enkät i egen regi. Till egenkontrollerna räknar verksamheten också kommunens medarbetarenkät.

Enligt beskrivningar i ledningssystemet gör verksamheten uppföljning av social dokumentation och uppföljning på individnivå. Uppföljningen är till för att säkerställa att alla arbetar likvärdigt och att riktlinjer och rutiner följs och så vidare. Av våra intervjuer framkommer dock att det under föregående år inte gjordes någon uppföljning av dokumentation inom äldreomsorgen.

Riskbedömningar

I intervjuerna beskrivs att riskbedömningar görs på olika nivåer. På individnivå genomförs till exempel kvalitetsregistrering i Senior Alert. (Senior Alert är ett nationellt

Svedala kommun

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen

KPMG AB

2018-01-18

kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention, prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion.) På ledningsnivå har ett 30-tal risker identifierats (inklusive omvärldsfaktorer) inom de olika verksamhetsområdena. Inom medarbetarområdet sker riskbedömning via systematiskt arbetsmiljöarbete. Riskbedömningarna har enligt intervjuerna inte lett till att det tagits fram särskilda handelsplaner för alla identifierade risker.

Avvikelser, klagomål, synpunkter, Lex Sarah, Lex Maria

Avvikelser registreras enligt SoL, LSS och HSL i respektive verksamhetssystem och utreds av ansvarig chef.

Klagomål och synpunkter beskrivs komma till verksamheten på olika sätt. Dels kan synpunkter lämnas in via kommunens synpunktshantering som finns att tillgå via hemsidan. Då registreras ärendet och lämnas till berörd enhetschef för vidare hantering. Synpunkter som lämnas direkt till äldreomsorgen ska registreras som en inkommen handling. I intervjuerna framkommer att det inte alltid fungerar enligt denna rutin. Verksamhetsföreträdare beskriver att verksamheten lämnar svar till den som framfört synpunkter i enskilda ärenden och att muntliga synpunkter inte alltid registreras. Det sker inte en systematisk sammanställning av synpunkterna och det framgår inte om det vidtagits systematiska åtgärder, men synpunkter noteras och rapporteras i kvalitetsbokslutet.

När det gäller utredningar enligt Lex Sarah och Lex Maria sker rapportering och utredning enligt rutin. Vid nyanställning utbildas personal om skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Verksamheten har producerat en film för att informera om skyldigheten. Utredningar enligt Lex Sarah och Lex Maria rapporteras till nämnden.

Kvalitetsbokslut och patientsäkerhetsberättelse

Myndighetschefen ansvarar för att varje år sammanställa ett kvalitetsbokslut som ett led i att utvärdera och förbättra vård och omsorgsverksamheten. Kvalitetsbokslutet rapporteras årligen till nämnden. I kvalitetsbokslutet beskrivs arbetet med egenkontroll, uppföljning av privata utförare, avvikelser och internkontroll. Vidare beskrivs hur verksamheten låtit vårdtagare och klienter haft inflytande på verksamheten, hur anhörigstöd har getts samt nya arbetsmetoder och utbildningar som erbjudits inom verksamheten. Utförda riskbedömningar beskrivs inte i kvalitetsbokslutet men förbättringsförslag för innevarande år samt uppföljning av tidigare förbättringsförslag presenteras. Kvalitetsbokslutet saknar också en beskrivning av de förbättringar som uppföljning av avvikelser, egenkontroller och riskanalyser gett upphov till. Det framgår heller inte i kvalitetsbokslutet hur de antagna värdighetsgarantierna följs upp och utvärderas.

Utöver kvalitetsbokslut upprättas varje år en patientsäkerhetsberättelse av Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS som rapporteras årligen till nämnden. Patientsäkerhetsberättelsen utgår från kraven att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som motverkar risk för vårdskada.

4 Slutsats och rekommendationer

Det övergripande syftet med granskningen har varit att bedöma om socialnämnden har säkerställt ett ändamålsenligt utformat kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.

Av granskningen framkommer att det finns ett i många stycken väl genomfört arbete med att systematiskt förbättra kvalitén inom äldreomsorgen. Det finns dock vissa förbättringsområden som görs tydliga genom granskningen.

Nämnden har fattat beslut om ett ledningssystem och det finns några identifierade processer avseende i huvudsak myndighetsområdet. Processerna är dock inte kopplade till ledningssystemet eller Projektrummet (kommunens plattform för hantering av dokument) och det innebär att det inte finns en sammanhållen beskrivning av arbetsprocesser och dess aktiviteter.

Av föreskriften om systematiskt kvalitetsarbete framgår att alla som bedriver socialtjänst ska ha ett ledningssystem för *all* sin verksamhet. Det gäller såväl vid myndighetsutövning som vid genomförandet av vård eller insatser. Nämnden har inte identifierat processer och beskrivit aktiviteter som hör till processerna inom verkställigheten i enlighet med föreskriften och det saknas till viss del nedtecknade rutiner för verksamhet som avser verkställighet. Inom myndighetssidan finns riktlinjer och rutiner för verksamheten beskrivna i Projektrummen men de är inte kopplade till processkartläggningen enligt nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Arbetet med kvalitetsbokslutet beskrivs i intervjuerna vara ett led i att systematiskt utvärdera och förbättra vård- och omsorgsverksamheten. Vi ser positivt på nämndens arbete med kvalitetsbokslut och enligt vår bedömning finns i bokslutet delar som kan anses motsvara det i föreskrift om ledningssystem kallat kvalitetsberättelse. För att helt leva upp till kraven enligt föreskriften behöver kvalitetsbokslutet dock kompletteras med bland annat uppföljning av värdighetsgarantierna. Vidare borde det enligt vår mening tydligare rapporteras vad som framkommit i egenkontroller och avvikelser och vilka åtgärder som gjorts för att komma till rätta med bristerna.

4.1 Svar på revisionsfrågorna

Finns ett dokumenterat kvalitetssystem som omfattar de områden som anges i lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd?

Det finns ett dokumenterat ledningssystem för vård och omsorg som är fastslaget av nämnden. Ledningssystemet behöver dock kompletteras med processkartläggning av all verksamhet och koppla de aktiviteter som ingår i processerna. Det viktiga är att det är tydligt att ledningssystemets processer och rutiner kan användas och används för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Enligt vår bedömning fungerar inte ledningssystemet i dagsläget som avsetts i föreskriften.

Är ansvaret för kvalitetsarbetet tydligt definierat och finns en tydlig organisation och plan för hur det ska bedrivas och följas upp?

Ansvaret är tydligt definierat och det finns en organisation för hur arbetet ska bedrivas. Vi bedömer dock att ledningsgruppen, som beslutar om omfattningen av arbetet,

Svedala kommun

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen

KPMG AB

2018-01-18

behöver besluta om att kartlägga fler processer och identifiera aktiviteter till processerna för att därigenom följa föreskriften till fullo.

Finns formaliserade processer och rutiner för att säkerställa vårdens kvalitet?

Det finns formaliserade processer avseende biståndshandläggning SoL, LSS, handläggning av ensamkommande barn, boendestöd och hantering av bostadssökande. För att uppfylla kraven i föreskriften behöver ytterligare processer kartläggas och aktiviteter kopplas till processerna, särskilt de processer som avser verkställighet. Processer och aktiviteter/rutiner för hur arbetet ska bedrivas bör finnas tillgängliga för berörda medarbetare.

Görs riskbedömningar och kvalitativa egenkontroller? Bidrar de till förbättringar?

I intervjuer har beskrivits att ett trettiotal riskområden har identifierats och att egenkontroller görs. För att fullt ut uppfylla kraven i föreskriften behöver verksamheten tydligare redogöra för hur risker har hanterats och hur kvaliteten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats.

Finns en systematisk uppföljning och hantering av verksamhetens avvikelser och klagomål?

Verksamheten hanterar avvikelser och klagomål genom att sammanställa, åtgärda och rapportera avvikelser och klagomål, men behöver utveckla arbetet med att vidta systematiska åtgärder utifrån resultatet och rapportera dessa i kvalitetsberättelse/kvalitetsbokslut.

På vilket sätt sker uppföljning av kvalitetsledningssystemet och vilken återrapportering lämnas till nämnden?

Uppföljning av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete sker främst genom kvalitetsbokslut och patientsäkerhetsberättelse. Myndighetschef är ansvarig för revidering av ledningssystemet samt att sammanställa kvalitetsbokslutet. Medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvarar för upprättandet av patientsäkerhetsberättelsen. Kvalitetsbokslut och patientsäkerhetsberättelse rapporteras till nämnd årligen.



Svedala kommun

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen

KPMG AB

2018-01-18

4.2 Rekommendationer

Vi rekommenderar nämnden att:

- Tillse att samtliga verksamheters processer kartläggs och att tillhörande aktiviteter identifieras, dokumenteras och görs tillgängliga för alla som berörs.
- Förbättra arbetet runt riskanalyser, egenkontroller samt klagomål och synpunktshantering så att det bättre motsvarar kraven i föreskriften.
- Kvalitetsbokslutet kompletteras så att det motsvarar kraven på föreskriftens kvalitetsberättelse.

2018-01-18

KPMG AB

Annelie Svensson

Konsult, projektledare