

2006-10-11

Vård- och omsorgsnämnden  
Kommunstyrelsen

Kommunfullmäktige  
för kännedom

## **Granskning av kvalitetssystem inom vård- och omsorgsnämndens äldreomsorg och LSS**

Revisorerna i Lunds kommun har uppdragit åt Öhrlings PricewaterhouseCoopers att granska Kvalitetssystemen inom äldreomsorgen och LSS-verksamhet, se bilaga. Utgångspunkten för revisionsfrågan har varit kvalitet och effektivitet inom vård- och omsorgsnämnden verksamhet.

Vid granskningen konstateras att det finns ett lednings- och kvalitetssystem för granskade verksamheter som fyller de krav som ställs. Samtidigt konstateras brister vad gäller ordning, dokumentation och förankring av systemen. Bristerna avser i huvudsak riskanalys, dokumentation av ansvar och befogenheter och egenkontroll.

Vi bedömer också att det i många delar finns en ändamålsenlig organisation för kvalitetsarbetet. Ansvaret för kvalitetsarbete enligt socialtjänstlagen uppfattas däremot inte lika tydligt i organisationen. Det saknas också ett forum för kvalitetsutvecklingsarbetet.

Revisorerna bedömer att det finns ett utvecklingsarbete som syftar till att stärka kvaliteten inom äldreomsorgen och LSS. Däremot saknas det struktur för arbetet och vi föreslår att det arbete som bedrivs inom olika delar av förvaltningen bör användas och tas tillvara inom hela förvaltningen.

Rapporten översänds till kommunstyrelsen och vård- och omsorgsnämnden för kännedom och åtgärd. Svar med vidtagna åtgärder önskas av vård- och omsorgsnämnden före januari månads utgång 2007. Rapporten översänds även till kommunfullmäktige för kännedom.

FÖR LUNDS KOMMUNS REVISORER

---

Per Olsson  
Ordförande

---

Anna-Klara Arvidsson  
Vice ordförande

---

Eva Ekelund Olsson  
2:e vice ordförande

Öhrlings

---

PRICEWATERHOUSECOOPERS 

Revisionsrapport

# Granskning av kvalitetssystem inom vård- och omsorgsnämndens äldreomsorg och LSS

Lunds kommun

11 oktober 2006

Jean Odgaard

## Innehållsförteckning

1	Sammanfattning och bedömning.....	1
2	Inledning .....	3
2.1	Bakgrund .....	3
2.2	Uppdrag och revisionsfråga.....	3
2.3	Metod och genomförande.....	4
3	Regelverk och styrdokument .....	5
3.1	SOSFS:1998:8 .....	5
3.2	SOSFS 2005:12 .....	5
3.3	Handikappomsorg.....	6
4	Organisation, styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet .....	7
4.1	Organisation och ansvarsfördelning .....	7
4.2	Nämndens styrning och uppföljning av kvaliteten .....	8
4.3	Kvalitetssystem och kvalitetspolicy .....	9
4.4	Revisionens bedömning.....	9
5	Kvalitetssystem enligt socialtjänstlagen .....	11
5.1	Kvalitetssystem inom äldreomsorgen.....	11
5.2	Behovsbedömning och rättssäkerhet i handläggning och dokumentation .....	12
5.3	Enheternas arbete.....	12
5.4	Revisionens bedömning.....	14
6	Kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården .....	16
6.1	Ledningssystem för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet .....	16
6.1.1	Förvaltningsövergripande .....	16
6.1.2	Enheternas arbete .....	18
6.2	Revisionens bedömning.....	19
7	Kvalitetssystem inom LSS/Handikappomsorgen.....	20
7.1	Kvalitetssystem inom verksamheten .....	21
7.2	Revisionens bedömning.....	23

Bilaga: Intervjuförteckning

## 1 Sammanfattning och bedömning

Revisorerna i Lunds kommun har uppdragit åt Öhrlings PricewaterhouseCoopers att granska kvalitetssystemen inom äldreomsorg och LSS-verksamhet. Dessa verksamheter finns inom vård- och omsorgsnämnden i Lunds kommun. Utgångspunkten för **revisionsfrågan** är kvalitet och effektivitet. Uppdraget syftar till att besvara revisionsfrågan om hur vård- och omsorgsnämnden säkerställer att:

- Det finns ett ledningssystem för hälso- och sjukvårdsinsatserna inom äldreomsorgen och ett kvalitetssystem för äldreomsorgens insatser enligt socialtjänstlagen, (service, omvårdnad och annan omsorg).
- Det finns en ändamålsenlig organisation och tillräcklig intern kontroll för kvalitetsarbetet inom nämndens ansvarsområde.
- Det pågår ett utvecklingsarbete som syftar till att utveckla och säkra kvaliteten inom äldreomsorgen och LSS.

Denna granskning omfattar endast en enhet per organisatoriskt område samt två enheter för området Omsorg och habilitering. Trots granskningens begränsade omfattning har det framkommit uppgifter som det finns anledning att notera.

### **Finns det ett lednings- och kvalitetssystem?**

Nämnden har fattat beslut om plan för stöd, service och omvårdnad. Planen innehåller en beskrivning av kvalitetssystemet. Vi bedömer att det, i allt väsentligt, finns ett lednings- och kvalitetssystem för granskade verksamheter inom vård- och omsorgsnämnden som fyller de krav som ställs. Det finns dock brister vad gäller ordning, dokumentation och förankring av systemen. De brister som finns i kvalitetssystemet berör i huvudsak riskanalys, dokumentation av ansvar och befogenheter och egenkontroll. Generellt saknas också dokumenterade handlingsplaner för hur angivna kvalitetsmål ska uppnås. Vi konstaterar också att kvalitetssystemen ser olika ut och tillåts se olika ut i de olika områdena inom vård- och omsorgsförvaltningen. Det finns en kvalitetspärm framtagen för område Norr som mycket väl kan användas inom hela förvaltningen.

### **Finns det en ändamålsenlig organisation och tillräcklig intern kontroll för kvalitetsarbetet?**

Det finns en ledning för kvalitetsarbetet och ledningen leder, stöder och deltar aktivt i kvalitetsarbetet. Vi bedömer att det i många delar finns en ändamålsenlig organisation för kvalitetsarbetet. För hälso- och sjukvården finns HSL-forum vilket är verksamhetschefernas och MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) centrala nätverk för kvalitetsutveckling av hälso- och sjukvård inom Vård och Omsorgsförvaltningen. Ansvaret för kvalitetsarbetet enligt socialtjänstlagen uppfattas inte lika tydligt i

organisationen. En större tydlighet kring vem som ansvarar för kvalitetsarbetet vore önskvärt. Revisionen anser att det ska finnas ansvarig utsedd av ledningen. Det saknas också ett forum för detta kvalitetsutvecklingsarbete.

## **Pågår det ett utvecklingsarbete som syftar till att utveckla och säkra kvaliteten inom äldreomsorgen och LSS?**

Vi bedömer att det finns ett utvecklingsarbete som syftar till att utveckla och säkra kvaliteten inom verksamheten. Det finns en kultur för kvalitetsarbete ute på enheterna där man arbetar med att identifiera problem och man skapar arbetsgrupper lokalt för att lösa problemen. På sina håll saknas dock struktur för utvecklingsarbetet. Vi menar att det vore önskvärt om det kvalitetsarbete som bedrivs inom olika delar av förvaltningen kunde användas och tas tillvara inom hela förvaltningen.

## 2 Inledning

### 2.1 Bakgrund

1996 beslutade socialstyrelsen att utge föreskrifter och allmänna råd för kvalitetssystem för hälso- och sjukvården. Dessa berörde även kommunerna, då de i och med ÄDEL-reformen fick ansvar för viss hälso- och sjukvård. Dessa föreskrifter och allmänna råd ersattes december 2005 av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12.

1998 infördes i socialtjänstlagen krav på att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och att kvaliteten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras. Samma år 1998 beslutade Socialstyrelsen att avge Allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgerna för äldre och funktionshindrade. I lagtext och i föreskrifter och allmänna råd anges att kommunerna ska utarbeta kvalitetssystem för att säkerställer vissa väsentliga områden.

Nya bestämmelser om kvalitet, dokumentation och anmälningsplikt i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) trädde ikraft 1 juli 2005. Kvalitetsbestämmelsen innebär att verksamheten skall vara av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten fortlöpande skall utvecklas och säkras. Detta skall göras av den eller de nämnder som ansvarar för insatserna enligt LSS. Under 2006 beräknas socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetssystem inom verksamheten utkomma.

### 2.2 Uppdrag och revisionsfråga

Revisorerna i Lunds kommun har uppdragit åt Öhrlings PricewaterhouseCoopers att granska kvalitetssystemen inom äldreomsorg och LSS-verksamhet. Dessa verksamheter finns inom vård- och omsorgsnämnden i Lunds kommun. Utgångspunkten för **revisionsfrågan** är kvalitet och effektivitet. Uppdraget syftar till att besvara revisionsfrågan om hur vård- och omsorgsnämnden säkerställer att:

- Det finns ett ledningssystem för hälso- och sjukvårdsinsatserna inom äldreomsorgen och ett kvalitetssystem för äldreomsorgens insatser enligt socialtjänstlagen, (service, omvårdnad och annan omsorg).
- Det finns en ändamålsenlig organisation och tillräcklig intern kontroll för kvalitetsarbetet inom nämndens ansvarsområde.
- Det pågår ett utvecklingsarbete som syftar till att utveckla och säkra kvaliteten inom äldreomsorgen och LSS.

I uppdraget ingår att granska om:

- det finns ett dokumenterat kvalitetssystem som omfattar de områden som anges i socialstyrelsens föreskrifter avseende hälso- och sjukvårdsinsatser, socialstyrelsens allmänna råd för äldre och funktionshindrade och lagförändring avseende insatser enligt LSS. Här innefattas bl.a samverkan, metodbeskrivning, rutiner för att säkerställa personalens kompetens, riskanalys och avvikelshantering.
- ansvaret för kvalitetsarbetet är tydligt definierat och det finns en tydlig organisation och plan för hur det ska bedrivas
- verksamheten genomsyras av ett kvalitetstänkande och är väl förankrat hos ledning och personal
- det finns en dokumenterad kvalitetspolicy som omfattar ledningens övergripande avsikter och synsätt vad avser organisationens kvalitetsarbete.

## 2.3 Metod och genomförande

Granskning har skett av styrdokument och adekvat dokumentation. Intervjuer har genomförts med nämndens förvaltningschef, verksamhetscheferna, kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) samt övriga handläggare vid behov. Vidare har intervjuer genomförts med enhetschef (eller motsvarande) och personalgrupper från enheter inom äldreomsorgens områden samt två enheter inom LSS. Gruppintervjuer har genomförts med sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnast samt omsorgspersonal från respektive område.

Granskningen avgränsas till en enhet (äldreboende) för vart och ett av de 3 områdena (norr, söder och öster) inom äldreomsorgen samt två enheter inom LSS verksamheten. Granskningen omfattar inte insatserna personlig assistans, ledsagare, kontaktperson och avlösarservice eller privata utförare.

## 3 Regelverk och styrdokument

### 3.1 SOSFS:1998:8

Socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade syftar till att skapa ett system för att fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten. I dessa allmänna råd anges att ”för att utveckla och säkerställa de krav på god kvalitet som ställs i 7 a § socialtjänstlagen (1980:620) bör all omsorg om äldre och funktionshindrade omfattas av system för fastställande av kvalitetsmål, samt för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten. Med omsorg om äldre och funktionshindrade avses i dessa allmänna råd sådan verksamhet, bestående i service, omvårdnad och annan omsorg, som omfattas av socialtjänstlagen och som avser äldre och funktionshindrade”.

Vidare anges att ”syftet med kvalitetssystemet är att säkra att den enskildes behov av omsorg, vård och service tillgodoses. Kvalitetssystemet bör vara anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning, säkerställa flexibel och effektiv användning av tillgängliga resurser, vara väl förankrat i organisationen, och användas i det dagliga arbetet. Ett effektivt kvalitetssystem förutsätter vidare att det omfattas av mål och dokumenterade rutiner för hur kvaliteten i verksamheten styrs, säkras och utvecklas mot målen, omfattas av organisation och dokumenterade rutiner för effektiv analys och utvärdering av verksamhetens kvalitet, och dokumenteras i en kvalitetsplan”.

### 3.2 SOSFS 2005:12

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12, skall tillämpas på den patientinriktade vården inom sådana verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen.

Ett ledningssystem är ett system för att

- fastställa grundprinciper för ledning av verksamheten
- sätta upp mål i enlighet med kvalitetsområdena/kraven
- följa upp och utvärdera dessa mål.

Föreskriftens krav på ledningssystem innebär att det ska finnas en organisatorisk struktur, ett uttalat och tydligt ansvar, dokumenterade rutiner, identifierade processer samt rutiner för uppföljning.

Ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet syftar till att skapa en grundläggande ordning och reda i verksamheten för att, så långt det är möjligt, förebygga risker och



misstag som kan leda till vårdskador. Systemets ändamålsenlighet för att leda och styra verksamheten mot de uppställda målen ska kontinuerligt utvärderas och förbättras.

### **3.3 Handikappomsorg**

Nya bestämmelser om kvalitet, dokumentation och anmälningsplikt i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) trädde ikraft 1 juli 2005. Kvalitetsbestämmelsen innebär att verksamheten skall vara av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten fortlöpande skall utvecklas och säkras. Detta skall göras av den eller de nämnder som ansvarar för insatserna enligt LSS.

## 4 Organisation, styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet

För att kvalitetsarbete skall kunna genomföras inom en verksamhet krävs en rad olika förutsättningar för de personer som skall utföra arbetet. Följande förutsättningar är särskilt viktiga:

- Att det finns en ledning för kvalitetsarbetet och att ledningen aktivt leder, stöder och deltar i kvalitetsarbetet.
- Att det finns gemensamma kvalitetsmål att sträva mot.
- Att ledningen skapar förutsättningar för kvalitetsarbetet hos personalen genom en ordentlig struktur för arbetet och genom förankring av arbetsättet.
- Att det skapas rutiner för regelbunden utvärdering och uppföljning av kvalitetsarbetet.

*SOSFS 1998:8*

### 4.1 Organisation och ansvarsfördelning

Vård och omsorgsförvaltningens organisation innefattar fyra verksamhetsområden, en beställarenhet samt bl.a. en MAS-funktion. Beställarenheten utgör myndighetsfunktion för insatser enligt SoL. Tre verksamhetsområden (Norr, Söder och Öster) utför de insatser beställarenheten beställer. Det fjärde verksamhetsområdet, Omsorg och habilitering, innehåller både beställar- och utförarfunktioner.

Nämnden har antagit en ”Plan för stöd, service och omvårdnad 2004-2005” vilken innehåller mål, kvalitetspolicy, beskrivning av kvalitetssystem och ledningspolicy. Planen gäller tills vidare och kommer att revideras när den nya nämnden tillträtt 2007.

Ansvar för kvalitetsarbetet enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och med att upprätta riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvårdsinsatser vilar på MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska). Det ansvaret är lagreglerat. MAS ansvarar även för att regelbundet revidera kvalitetssystemet, säkerställa att det är känt och att det efterföljs i verksamheten. Ansvarig för kvalitetsarbetet enligt socialtjänstlagen (SoL) är ledningen, men förutsätter, enligt nämndens kvalitetssystem, medarbetarnas delaktighet.

## 4.2 Nämndens styrning och uppföljning av kvaliteten

Vård- och omsorgsnämnden har antagit tretton mål för verksamheten år 2004-2005. utifrån dessa mål arbetar de olika verksamheterna Norr, Söder och Öster med samma inriktnings- och effektmål. Dessa effektmål är:

- *Kräva kvalitet i vård och omsorg*  
Samtliga vårdtagare i ordinärt och särskilt boende ska inom fyra veckor och tillsammans med berörd personal upprätta en individuell vård-/arbetsplan.
- *Ta ansvar för mig själv och min egen situation*  
Vårdtagare ska minst två gånger årligen medverka i samtal med berörd personal kring överenskommen individuell vård-/arbetsplan.
- *Bemötas med respekt och värdighet*  
Samtliga vårdtagare ska i varje möte med verksamhetens personal vara nöjda med hur de blivit bemötta.

Vidare förekommer lokala mål på enhetsnivå vilket beskrivs under avsnitt 4.3 och 6.2. Verksamhetscheferna uppger att effektmålen mäts på likartat sätt. Det saknas dock skriftliga anvisningar för tillvägagångssättet.

Uppföljning per enhet sker via månadsrapportering. Enhetschef gör månatligen en prognos över sin verksamhet. Vid behov kontaktas ekonom. Uppgifterna sammanställs på områdesnivå och slutligen på förvaltningsnivå där eventuell ny bedömning görs. Månatlig rapportering till nämnden sker nio gånger om året. Den månatliga uppföljningen är till stor del ekonomisk. Effektmål och lokala mål följs upp årligen.

Metoderna som används för uppföljning och redovisning av resultat varierar beroende på vad som ska följas upp och utvärderas. Genom brukarundersökningar och dialog med brukarorganisationer ges kunskap om måluppfyllelse och kvalitet. En brukarundersökning genomfördes 2005. Undersökningen omfattar olika kvalitetsområden av äldreomsorgen. Här ställdes frågor om boendemiljö och upplevelser, personalens bemötande och påverkansmöjligheter. Åtgärdsplaner har tagits fram utifrån resultatet av brukarundersökningen och sammanställts områdesvis.

Det finns en förvaltningsövergripande verksamhetsplan där olika aktiviteter som är aktuella för verksamhetsåret beskrivs. Planen innehåller uppgift om aktivitetsansvarig, tidplan och när aktiviteten ska följas upp.

Beställarenheten har under 2006 påbörjat ett arbete kring uppföljning av beslutade insatser i hemvården. Uppföljningen görs dels som en direkt återföring till hemvårdsenheten på utförda insatser för enskild vårdtagare och delges enhetschefen i samband med möte för månadssammanställning, dels som en redovisning med en övergripande bild eller signal till verksamheten på vad som fungerar bra och vad som kanske behöver förbättras eller förändras utifrån brukarperspektivet. Uppföljningen görs i samband med omprövning av biståndsbeslut hemvård i samtalet med den enskilde. Återrapportering sker till nämnd i samband med årsredovisning. Motsvarande uppföljning har påbörjats hos brukare inom område Omsorg och habilitering. Det finns i dagsläget inga planer på att följa upp beslutade insatser på motsvarande sätt inom övriga äldreomsorgen

### 4.3 Kvalitetssystem och kvalitetspolicy

I planen för stöd, service och omvårdnad anges ansvar och innehåll för kvalitetssäkring av förutsättningar, kvalitetssäkring av process/verksamhet och kvalitetssäkring av resultat. Här anges vidare att ”klagomålshanteringen är en del av kvalitetssystemet”. Rutinerna för klagomålshandling har reviderats under år 2006.

I förvaltningens kvalitetspolicy anger att ”kvalitetsarbetet bygger på en gemensam värdegrund” och att ”hög kvalitet kan bara uppnås genom att alla medarbetare medverkar och tar del i kvalitetsarbetet”. I kvalitetspolicyen anges de grundläggande värderingar som ska återspeglas i förhållningssätt till brukare och andra som berörs av verksamheten.

Dessa värderingar är:

- Visa respekt
- En tillgänglig förvaltning
- Värna demokrati och rättssäkerhet
- Ta tillvara mångfalden
- Använda resurser effektivt
- Se förslag som möjlighet till utveckling

### 4.4 Revisionens bedömning

Nämnden har fattat beslut om plan för stöd, service och omvårdnad. Planen innehåller en beskrivning av kvalitetssystemet. Det finns en ledning för kvalitetsarbetet och ledningen leder, stöder och deltar aktivt i kvalitetsarbetet. Ansvar för att driva kvalitetsarbetet beträffande hälso- och sjukvårdsfrågor är lagreglerat och återfinns hos MAS. Ansvar för motsvarande arbete enligt SoL är inte lika tydligt angivet. I planen för stöd, service och omvårdnad anges att ”ansvaret för kvalitetssäkring är ledningens”. Det framskyntar en viss oklarhet kring ansvarsfrågan vid intervjuer med verksamhets-, enhetschefer och övrig personal. En större tydlighet kring vem som ansvarar för kvalitetsarbetet vore önskvärt.

Nämnden har i sina effektmål gemensamma kvalitetsmål att sträva mot. Dessa följs upp årligen på enhets- och områdesnivå. Genom brukarundersökningen sker uppföljning av mål och effektmål vartannat år. Det saknas dock gemensamma skriftliga anvisningar för hur effektmålen skall mätas och följas upp. Uppföljning av brukare sker från både beställar- och utförareorganisationen. Den uppföljning som beställarenheten har påbörjat under 2006 är lovvärd och kan med fördel även ske för övrig verksamhet inom äldreomsorgen.

Det finns åtgärdsplaner framtagna utifrån resultatet från brukarundersökningen. Vi har däremot inte kunnat ta del av någon egentlig handlingsplan för vilka åtgärder verksamheten behöver vidta för att nå angivna mål. Ett förbättringsområde bedöms därför vara analysfasen vilken bör leda fram till en handlingsplan. Handlingsplanen bör i sin tur konkretisera vilka aktiviteter som behöver vidtas för att nå de mål som är angivna.

## 5 Kvalitetssystem enligt socialtjänstlagen

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör ett kvalitetssystem inom äldre- och handikappomsorgen omfatta följande områden:

- Behovsbedömning och rättssäkerhet i handläggning och dokumentation
- Extern och intern samverkan och samarbete
- Förhållningssätt och metoder
- Kompetens
- Upphandling, inköp, tekniska system och produkter
- Riskanalys, avvikelshantering och klagomålshantering
- Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring
- Dokumentation och spårbarhet.

### 5.1 Kvalitetssystem inom äldreomsorgen

Det finns en kvalitetspärm för vård och omsorg framtagen för område Norr. De dokument som finns i pärmen är daterade. Arbetet med pärmen har pågått under några år och beskrivs som ett ”ständigt pågående arbete”. Verksamhetschefen, tillsammans med tre enhetschefer, ansvarar för pärmens aktualitet. Gruppen träffas sex gånger om året och diskuterar hur verksamheten ska kunna utvecklas. Närmast förestår ett arbete kring kollegiegranskning. Pärmen revideras två gånger per år och finns i 20 exemplar. Innehållet i pärmen har inte beslutats i nämnden.

Övriga områden har valt att använda mindre omfattande rutinpärmar, introduktionsmaterial eller motsvarande. Område Öster uppges i första hand ha prioriterat värdegrundsarbetet.

Verksamhetscheferna menar att det finns ett kvalitetssystem inom äldreomsorgen men att det finns brister vad gäller sammanställning, dokumentation och förankring av systemet.

## 5.2 Behovsbedömning och rättssäkerhet i handläggning och dokumentation

Vård- och omsorgsförvaltningen har inom äldreomsorgen en organisation som skiljer på myndighetsutövning och verkställighet. Det finns policy och riktlinjer för insatser enligt socialtjänstlagen. Rättssäkerhet i handläggning och dokumentation tillgodoses genom upprättande av individuella planer. Vidare utformas insatserna tillsammans med den enskilde och/eller dennes närstående samt genom uppföljning och dokumentation av de planer och de insatser som berör den enskilde.

## 5.3 Enheternas arbete

### Styrning och uppföljning

Som tidigare nämnts finns effektmål som är gemensamma för förvaltningen. Inom områdena finns även lokala mål. Inom område Norr har exempelvis varje enhet formulerat tre verksamhetsmål med nämndens mål som grund. Samtliga enheter skriver verksamhetsberättelser och det finns en förvaltningsgemensam mall för ändamålet. Målen följs upp och måluppfyllelsen dokumenteras i verksamhetsberättelser. Exempelvis har Värpinge äldreboende valt målet att ”alla de boende skall erbjudas utevistelse minst en gång per vecka”.

Enhetschefen för Arendala har valt att gå från målstyrning till att mer arbeta med värderingar. Arendala har för 2006 valt att uttrycka sig i målsättningsstermer. Dessa följs upp i dialog med medarbetarna. Vidare används boenderåd samt brukar- och medarbetarundersökningar för att följa upp målsättningen.

Den samlade bilden är att målen är förankrade och kända ute hos personalgrupperna. Det sker kontinuerlig diskussion kring mål och målen följs upp på arbetsplatsträffar. Det finns däremot inga handlingsplaner för hur man exempelvis ska få ökad medverkan från vårdtagare i samtal med berörd personal kring överenskommen individuell vård-/arbetsplan. Denna brist är i stort sett gemensam för samtliga områden. Det saknas också verksamhetsplaner för vad respektive enhet ska åstadkomma under innevarande år.

Det finns lokala undantag. Björkbacken har liksom övriga enheter inom område Öster genomfört en specifik enkätundersökning. Utifrån resultatet av brukarundersökningen har en åtgärds-/handlingsplan tagits fram. Genom att följa handlingsplanen bör måluppfyllelsen öka.

## **Struktur och arbetssätt för kvalitetsarbetet**

Den samlade bilden är att det finns en struktur för kvalitetsarbetet. Det finns rutiner för regelbunden utvärdering och uppföljning av kvalitetsarbetet. Ett sätt att skapa struktur är det ständigt pågående arbetet med verksamhetsmål vilket skapar delaktighet kring kvalitetsarbetet. Det tydliggör också personalens uppdrag. Ett annat sätt är kunskap ute om de krav som finns på systematisk uppföljning och författningen. Inom område Norr finns exempelvis en grupp som arbetar med att ta fram introduktionsmaterial. I övrigt bedrivs kvalitetsarbetet genom särskilda uppdrag.

Område Söder har skapat ett nätverk för enhetschefer som arbetar tillsammans och diskuterar kvalitet. Betydelsen av struktur betonas för att kunna föra ut samma budskap. Brister fångas via avvikelser, klagomål och brukarundersökningar. Diskussionerna leder så småningom fram till aktiviteter vilket blir uppdrag till arbetsgrupper att ta fram. Exempelvis har området tagit fram en gemensam etik folder och utbildningspaketet "Yrkesroller i förändring". Inom område Norr diskuteras resultatet av brukarundersökningarna på respektive enhet. På exempelvis Arendal bedrivs kvalitetsarbetet genom arbetsgrupper och genom dialog på arbetsplatsträffar.

## **Extern och intern samverkan och samarbete**

Rutiner för extern samverkan finns. När det gäller intern samverkan och medarbetarnas ansvar och befogenheter saknas det många gånger dokumenterade beskrivningar. Detta upplevs inte som ett problem. Den allmänna bilden är att man upplever att man vet vad man ska göra, men att man inte har dokumenterat denna samverkan internt. Granskningen visar dock att exempelvis omsorgspersonal på område Öster saknar tydliggörande över hur och när kontaktpärmen ska uppdateras.

## **Förhållningssätt och metoder**

Det finns flera exempel på hur man inom olika delar av förvaltningen har arbetat med förhållningssätt. Inom område Söder finns exempelvis ett värdegrundsarbete dokumenterat som riktar sig till brukaren, anhöriga och personal. Det finns vidare ett diskussionsmaterial, "Etik på arbetsplatsen" framtaget för personalen inom området. Vid diskussioner på enhetsnivå uppger man att det förs mycket diskussioner kring förhållningssätt, men att det saknas dokumentation därvidlag.

## **Kompetens**

Samtliga områden arbetar systematiskt med kompetensutveckling. I medarbetarsamtalet kartläggs medarbetarens behov och kompetens och kompetensplaner upprättas. Det sker lokala- och områdesvisa utbildningsinsatser. Det sker kompetensutveckling på förvaltningsövergripande nivå. Inom område Söder har ett "utbildningspaket" tagits fram som innehåller socialt synsätt, vardagsrehabilitering samt handledarutbildning för legitimerad personal och enhetschefer.



## **Tekniska produkter**

Kvalitetssystemet innehåller rutiner för att säkra att de varor som upphandlas har god kvalitet. Kvalitetsutvecklaren för arbetsterapi har tagit fram en ny pärm för hjälpmedel och samlat information kring bl.a. hur och när hjälpmedlen ska kontrolleras. På Björkbacken finns exempelvis ett lokalt pm för användning av personlyft.

## **Riskhantering**

Arbetet med riskhantering sker på olika nivåer. För individen/brukaren finns en mall för trygghets- och säkerhetsrund på område Norr. Brukarens kontaktperson genomför en rund lokalt hos brukaren och målet är att genomföra denna aktivitet på samtliga särskilda boenden under 2006. På en mer övergripande nivå finns handlingsplaner för hot och våld, elavbrott, kris- och katastrof etc. Intervjuerna på enhetsnivå ger en bild av att det finns en systematik kring riskarbetet på brukarnivå. I övrigt finns övergripande handlingsplaner för olika händelser. Det sker en fortlöpande riskhantering där enhetschefen, utifrån uppkommen händelse, anger åtgärder för att lösa problem. Enhetscheferna känner sig överlag ”trygga med systemet”. Skyddsronder genomförs. Något annat förebyggande arbete utöver brukarnivå förekommer inte.

Det finns rutiner för avvikelshantering, klagomåls-/synpunktshantering och rutiner för Lex Maria/Sarah. Personalen känner till och uppmanas till att använda dessa system för olika ändamål. Flera exempel ges på att läkemedelshanteringen har förändrats genom avvikelshanteringssystemet.

## **Egenkontroll**

Det finns inget dokumenterat kring kollegiegranskning och någon sådan förekommer inte i någon större utsträckning. Granskningen ger exempel på där enhetschefer använder brukarnas kontaktpärmar för att följa upp kvalitetsmål och kvalitetssystemets tillämpning. Exempelvis Arendala har börjat arbeta med kontaktpärmar i utvecklingssamtalen.

## **5.4 Revisionens bedömning**

Kvalitetspärmerna för vård och omsorg område Norr överensstämmer, med några undantag, med de krav på innehåll i kvalitetssystem som Socialstyrelsens allmänna råd består av. I övriga områden finns det en del mindre brister i sammanställning och dokumentation av kvalitetssystemet.

Vi konstaterar att kvalitetssystemen ser olika ut och tillåts se olika ut i de olika områdena inom vård- och omsorgsförvaltningen. Vid intervjuerna framkommer ett synsätt där man menar att det är svårt att dela med sig och ta till sig arbete från ett område/enhet till en annan. Själva processen att ta fram materialet ges stor betydelse vid själva förankringsarbetet. Någon uppföljning om kvalitetssystemets olika utformning ger olika

resultat har inte genomförts. Vi menar att det finns en kvalitetspärm framtagen som vi bedömer mycket väl skulle kunna användas inom hela förvaltningen.

Vi har, med något undantag, inte kunnat ta del av någon egentlig handlingsplan för vilka åtgärder enheterna behöver vidta för att nå angivna mål. Ett förbättringsområde bedöms därför vara analysfasen vilken bör leda fram till en handlingsplan vilken konkretiserar vilka aktiviteter som bör vidtas, och hur dessa ska genomföras för att nå angivna mål.

Den samlade bilden är att det finns en struktur för kvalitetsarbetet. Det finns rutiner för regelbunden utvärdering och uppföljning av kvalitetsarbetet. Samtliga områden arbetar systematiskt med kompetensutveckling. Det brister i dokumentationen av den interna samverkan där ansvar och befogenheter kan tydliggöras på ett bättre sätt. När det gäller informationsöverföring mellan medarbetarna (överslagning) saknas dokumenterade riktlinjer över hur detta ska ske. Det finns idag en muntlig tradition för överslagning som kan vara resurskrävande. Inom vissa enheter arbetar man med att medarbetare tar del av skriftlig information och ställer kompletterande frågor vid behov. När det gäller detta område kan kvalitetssystemet förbättras. Det ställer dock krav på att den sociala dokumentationen kring brukaren är god.

En lika viktig del av allt kvalitetssäkrings- och kvalitetsutvecklingsarbete är att med hjälp av riskanalyser förebygga fel och brister. Det finns fungerande rutiner för avvikelser- och klagomålshantering. Vidare finns fungerande rutiner för förebyggande riskhantering på brukarnivå. Vi konstaterar däremot att det saknas förebyggande rutiner för riskanalys på systemnivå. Ett förbättringsområde är därför att enheterna på ett systematiskt sätt arbetar med att genomföra riskanalyser för att förebygga oönskade händelser.

Det saknas rutiner för egenkontroll och egenkontroll förekommer i ganska liten utsträckning. Någon tillsyn, motsvarande hälso- och sjukvård, förekommer inte. Vår granskning pekar på ett behov att arbeta med kvalitetsutveckling inom de områden som faller under socialtjänstlagen. Kvalitetssäkringen av verksamheten skulle exempelvis kunna utformas på motsvarande sätt som den tillsyn vilken MAS-funktionen tillämpar.

## 6 Kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12 ska ett kvalitetssystem omfatta följande områden:

- Bemötande av patienter
- Metoder för diagnostik, vård och omhändertagande
- Kompetens
- Samverkan och samarbete
- Riskhantering
- Avvikelsehantering
- Försörjning av tjänster, produkter och teknik
- Spårbarhet
- Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring.

### 6.1 Ledningssystem för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

#### 6.1.1 Förvaltningsövergripande

Som tidigare nämnts finns en MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) som har ansvaret för kvalitet och säkerhet i den hälso- och sjukvårdsverksamhet som kommunen bedriver. Ansvaret gäller den vård och behandling som ges enligt HSL (hälso- och sjukvårdslagen) samt de krav som ställs på läkemedelshantering, dokumentation, delegering, anmälan av skador m.m. i hälso- och sjukvårdsverksamheten. I all hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som ansvarar för verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för den löpande verksamheten inom sitt område och ser till att den fungerar på ett tillfredsställande sätt. Verksamhetschefen har därigenom det yttersta ansvaret för kvalitet och kvalitetsarbete. MAS adjungeras till ledningsgruppen och närvarar vid nämnd i händelse av anmälningsärenden.

Under 2004 tog vård- och omsorgsnämnden beslut om att inrätta ett HSL-forum. HSL-forum är verksamhetschefernas och MAS centrala nätverk för kvalitetsutveckling av hälso- och sjukvård inom Vård och Omsorgsförvaltningen i Lunds kommun. HSL-forum träffas två gånger per månad och består av fyra sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast samt MAS som är sammankallande. HSL-forum är ett stöd för verksamhetschefernas kvalitetsarbete inom respektive område samt för rehabilitering inom samtliga områden. Uppdraget innebär bl.a. att tydliggöra roller för olika aktörer inom organisationen och att bedriva olika typer av kvalitetsarbete. En gång per månad

utkommer ett ”MAS-nytt” vilket når chefer och legitimerad personal. Här informeras om nyheter och hänvisning sker till hemsidan.

Nämnden har inte fått någon särskild information kring den nya föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet och den har inte heller diskuterats i ledningsgruppen. MAS har diskuterat innehållet i HSL-forum.

Riktlinjer och rutinbeskrivningar finns angivna på MAS-funktionens hemsida och nämnden har informerats om att rutinerna finns. På hemsidan finns bl.a. rutiner för avvikelshantering, delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter, egenkontroll av medicintekniska produkter, handläggning vid dödsfall, hygien, inkontinens, introduktion till nyanställda, läkemedelshantering och vårdprogram. Riktlinjer och rutiner är daterade och revideras efter det att förändringar uppstår.

Sedan årsskiftet finns ett datorbaserat system för avvikelshantering som innefattar mål, uppföljning och analys. Avvikelse rapporteras och sjuksköterska ansvarar för registrering. Händelsen beskrivs, och orsak, analys och åtgärdsförslag anges. MAS tar del av alla avvikelser. Kvalitetsutvecklare lämnar skriftliga svar till den enhet som rapporterat avvikelser. Vid allvarigare tillbud eller om det är frågor av principiell karaktär skriver MAS svaren. Samtliga chefer i organisationen informeras om inträffade avvikelser. Enhetschef och sjuksköterska ansvarar för uppföljning av avvikelser. Återkoppling till personal sker via arbetsplatsträffar. Enhetscheferna har dessutom möjlighet att sammanställa och analysera avvikelser för enheten. Antalet avvikelserregistreringar har ökat och systemet upplevs som enklare jämfört med tidigare. MAS och kvalitetsutvecklarna informerar mycket om systemet och dess betydelse i kvalitetssystemet. Fortfarande är det mycket frågor ute i verksamheten kring avvikelser. Alla avvikelser registreras inte och på vissa enheter förekommer det inga avvikelser alls.

Utöver redovisning i verksamhetsberättelse har nämnden inte fått någon återkoppling av avvikelssystemet under 2005 och första halvåret 2006. Under 2006 har ett analysarbete påbörjats kring avvikelssystemet.

MAS genomför tillsynsbesök. Vid dessa tillfällen sker journalgranskning och uppföljning av dokumentation, läkemedelshantering, läkarkontakt och mål utifrån gällande lagar och författningar. Tillsynsbesöket förbereds av kvalitetsutvecklare och resultatet rapporteras till enhetschef. Tillsynsbesöken är tidskrävande och MAS hinner endast med 4-5 besök per år. Det uppges finnas brister i själva uppföljningen av tillsynsbesöken.

## 6.1.2 Enheternas arbete

Vid intervjuer med enheterna framgår att den nya författningen inte har diskuterats. Område Öster har tagit fram en egen dokumentation av kvalitetssystemet. Arbetet föranleddes av en Lex Maria anmälan och dokumentet är att betrakta som en handlingsplan för hur området ska arbeta med ledning och ansvar för hälso- och sjukvårdsarbetet, kompetens- och kunskapsutveckling, information och kommunikation och läkemedelshantering.

Kvalitetsarbete bedrivs ute på enheterna. Arbetsgrupper tillsätts för att lösa problem i form av exempelvis ändrade läkemedelsrutiner. Det finns rutiner för delegering av hälso- och sjukvårdinsatser. Delegationen förnyas efter kunskapstest. Sjukvårdspersonalen använder MAS-hemsida och får där information om nyheter via MAS-nytt. Övrig vård- och omsorgspersonal har i mindre utsträckning tillgång till datorer utan hänvisas till skriftlig information eller konsultation av legitimerad personal. När det gäller policy och riktlinjer för hur patienter och närstående ska bemötas hänvisar flera i våra intervjuer till att det finns rutiner men att dessa inte är dokumenterade. Det finns rutiner för klagomålshantering men klagomål/synpunkter förekommer inte ofta.

Det sker en systematisk kompetensutveckling. En del legitimerad personal upplever däremot att det är svårt att få gehör för individuella önskemål. Utbildning anpassas inte alltid efter medarbetaren. Det är ibland för låg nivå på utbildningarna för de legitimerade. Andra uppger att de är mycket nöjda med kompetensutvecklingen. Det finns rutiner för introduktion av nyanställda.

Vårdspersonalen anser att den journalföring som sker i Pro Capita i allmänhet håller god kvalitet. Ett problem är däremot informationsöverföring till omsorgspersonal där man inte upplever att skriftlig information blir läst i tillräcklig utsträckning. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster upplever att deras dokumentation försvinner i mängden. I förlängningen innebär detta en risk för säkerheten hos brukarna. Det framkommer vidare att sjukgymnast och arbetsterapeut inte får information om inskrivningsmeddelande vid vårdplanering och att den interna informationen inom det särskilda boendet kan förbättras. Det framkommer också brister i informationsöverföringen mellan regionen och kommunen vad gäller paramedicinarnas dokumentation.

Riskhantering förekommer på individnivå, d.v.s. då ny brukare kommer till verksamheten sker en strukturerad analys av eventuella risker.

Det finns en rutin för avvikelshantering som i stort sett uppges fungera bra. Avvikelse har lett till förändrade rutiner i form av exempelvis tydliggörande av medicinlistor, noggrannare överrapportering och indragning av delegation. Våra intervjuer visar också

att det råder kunskapsbrister hos omsorgspersonal om avvikelserapporteringen och att exempelvis många fallrapporter är ofullständiga.

Förvaltningens kvalitetssamordnare har sammanställt en handbok som säkerställer en säker användning av tekniska hjälpmedel. Det finns anvisningar för kontroll av produkterna och personalen ges utbildning och handledning hur de ska användas.

Kvalitetssystemet prövas särskilt under sommar- och semesterperioden. På en del håll har antalet avvikelser accelererat och planeringsförutsättningarna har inte alltid varit de bästa för sjuksköterskan vid delegation till vikarierande personal. Yrkesrollen utvecklas alltmer mot en konsultativ roll där legitimerad personal handleder övrig omsorgspersonal.

## 6.2 Revisionens bedömning

Det finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvårdsarbetet inom Äldreomsorgen. Vi bedömer att dessa i allt väsentligt motsvarar de krav som ställs. MAS är ansvarig för upprättande av riktlinjerna, för revidering av dem samt för att följa upp att de tillämpas. För att säkerställa aktualiteten kan samtliga riktlinjer och rutiner med fördel revideras årligen vid ett givet tillfälle. Det sker ett kvalitetsarbete ute på enheterna och förvaltningen har vidare organiserat kvalitetsarbetet genom HSL-forum.

Den nya föreskriften har inte föregåtts av någon aktiv genomgång i nämnd, ej heller någon djupare diskussion i organisationen. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet är en föreskrift och inte längre allmänna råd och ska således följas. Det som skiljer, jämfört med tidigare, är att ledningssystemet tydliggör ansvarsnivåer och vilka områden som ska omfattas.

Det finns ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Granskningen har givit exempel på lokala förbättringsarbeten där problem angrips systematiskt och noggrant. Ett väl fungerande ledningssystem innebär att erfarenheter från de lokala förbättringsarbetena utnyttjas i hela organisationen. Granskningen kan dock inte påvisa att det finns former för att sprida erfarenheterna till all berörd personal. Ett sådant forum skulle kunna vara HSL-forum. Område Öster har tagit fram en egen dokumentation av kvalitetssystemet. Denna dokumentation skulle med fördel kunna användas inom hela förvaltningen.

I kravet på ledningssystem anges att inför förändringar är det viktigt att göra en riskanalys. För att påvisa de bakomliggande orsakerna till risker ska en systematisk kartläggning och analys av befintlig verksamhet göras. Baserat på denna kartläggning och analys ska sedan åtgärder sättas in för att minimera riskerna. Granskningen har inte kunnat påvisa att sådan riskanalys har genomförts.

Det finns en rutin för tillsynsbesök ute i verksamheten. Rutinen är bra men bedöms som resurskrävande och MAS hinner endast ett fåtal tillsynsbesök per år. Vår bedömning är att tillsynsbesöken är ett viktigt och angeläget kvalitetsäkringsinstrument. Det är viktigt att det ges tillräckligt utrymme för denna verksamhet. Rutinen brister i uppföljningsavseende. Rutinen skulle kunna skärpas i form av ett remissförfarande, där granskad enhet beskriver vidtagna åtgärder efter tillsyn.

De brister som i övrigt iakttagits rör informationsöverföring mellan vårdpersonal och övrig personal. Det är viktigt att hitta former för informationsöverföringen som stödjer kvalitetsarbetet. Avvikelsehanteringssystemet fungerar förebyggande och granskningen har givit flera exempel på förändrade rutiner föranlett av avvikelser. Systemet är dock fortfarande inte till fullo implementerat ute på enheterna.

## 7 Kvalitetssystem inom LSS/Handikappomsorgen

Som tidigare nämnts finns det ännu inte något specifikt Allmänt Råd (föreskrift) utfärdat från Socialstyrelsen utan granskningen grundar sig på de allmänna principer som finns för kvalitetsarbete och de föreskrifter som finns för socialtjänsten.

För att kvalitetsarbete skall kunna genomföras inom en verksamhet krävs en rad olika förutsättningar för de personer som skall utföra arbetet. Följande förutsättningar är särskilt viktiga:

- Ett kvalitetssystem bör omfatta väsentliga delar av verksamheten. I systemet bör det klart och tydligt framgå vem eller vilka som har ansvar för kvalitetsarbetet.
- Kvalitetsarbetet bör kännetecknas av ledningens ansvarstagande och synliga engagemang samt personalens medverkan.
- Ett ändamålsenligt kvalitetssystem behöver inte innebära att det finns en samlad dokumentation i en pärm eller dylikt. Det skall dock klart framgå att arbetet med ständiga förbättringar är systematiskt och ständigt pågående. Det skall bygga på allas delaktighet och syfta till att förbättra för brukarna. Det bör genomsyra verksamheten och vara integrerat i det ordinarie arbetet och inte upplevas som en ytterligare arbetsbelastning.

Kvalitetssystemet bör innehålla *organisation och rutiner* för:

- Att fastställa mål.
- Att planera och utföra arbetet.
- Att följa upp, utvärdera och utveckla verksamhetens kvalitet.

Följande områden bör det finnas *rutiner/handlingsplaner* för:

- Synpunkter från den enskilde och andra intressenter.
- Klagomåls- och avvikelshantering.
- Egenkontroll.
- Dokumentation.

Följande *kvalitetsområden* bör omfattas av kvalitetssystemet:

- Arbetsprocesser.
- Kompetens.
- Förhållningssätt och metoder.
- Internt och externt samarbete.

## 7.1 Kvalitetssystem inom verksamheten

Lagändringen kring krav på kvalitetssystem trädde ikraft 2005. Någon särskild information har inte givits till nämnd. Förvaltningschef och berörd verksamhetschef har dock diskuterat förändringen. I planen för stöd, service och omvårdnad anges att ansvaret för kvalitetssäkringsarbetet är ledningens.

Ett kvalitetsarbete påbörjades med några enheter för ett antal år sedan i syfte att ta fram en kvalitetspärm för verksamheten. Resultatet av arbetet övergavs och det finns idag ingen särskild kvalitetspärm utan dokumentationen kring kvalitetssystem är spridd på många olika ställen. Granskade enheter har rutinpärmar som exempelvis innehåller rutiner för avvikelser, brandskydd, diskriminering, läkemedel och hantering vid dödsfall. Dessa rutiner finns också på intranätet. Rutinpärmarna revideras successivt och används vid behov. Det råder brist på datorer i verksamheten vilket gör att ständigt finns behov att söka skriftlig information rutinpärm eller konsultera enhetschef.

Verksamheten påbörjade ett arbete utifrån ett tydligare brukarperspektiv och tog fram ”Manual för individuell målsättning”. Den individuella målsättningen är en metod för att kvalitetssäkra för brukaren om denne ges de insatser som önskas och behövs. Målsättning hålls en gång per år. Arbetsterapeuten sammankallar handledare på daglig verksamhet, kontaktperson i boendet, god man, föräldrar, habiliteringsteam - allt efter brukarens eller ställföreträdarens önskemål eller behov. Enhetschefen är ansvarig för att den individuella målsättningen genomförs. Arbetsterapeuten har ansvaret att genomföra och dokumentera målsättningsmötet för daglig verksamhet. Det finns en checklista för personalen före målsättningsmötet. Nästa utvecklingsarbete har varit att ta fram ”Brukarens checklista inför målsättningsmötet Genomgång i boendet”. I det arbetet använder man förenklad text och bildstöd för att fler brukare ska kunna använda checklistan självständigt.



Målen som är angivna i planen för stöd, service och omvårdnad gäller även Område Omsorg och habilitering. Verksamhetschefen anser att vissa av målen är att betrakta som kvalitetsmål för verksamheten men att hela verksamheten inte omfattas av angivna mål. Det uppges vara svårt att avsätta särskild tid för kvalitetsarbete. Det finns dock en övertygelse om att verksamheten har ett ständigt pågående kvalitetsarbete. Medarbetarna anser att de fortlöpande arbetar med kvalitetsutveckling men att det egentligen inte finns någon struktur för arbetet.

Nämndens mål är nedbrutna på brukaren och inte på enhet. Det effektmål som används är ”Manual för individuell målsättning”. Resultat från denna uppföljning samlas in per enhet årligen. Verksamhetschefen diskuterar nämndens mål på sina enhetschefsträffar. Enheterna har i uppdrag att välja ut två-tre mål och konkretisera dem. Exempelvis hade en enhet valt att konkretisera mål kring att ”vård, omsorg, stöd och service ska utföras med sådan kvalitet att brukaren är nöjd”. Detta mål utvärderas kontinuerligt tillsammans med brukaren enligt det målsättningsmaterial som är framtaget. Ett annat mål som valdes var det att ”medarbetarna ska ha möjlighet att påverka viktiga beslut på arbetsplatsen samt den dagliga verksamhetens innehåll”. Enheten beskriver forum för diskussion och dialog samt hur man genom framarbetad utvecklingsstrategi får verksamheten aktivitet- istället för gruppstyrd.

Enhetscheferna beskriver att målen inte följs upp kontinuerligt. Alla mål är heller inte mätbara. Målen diskuteras på arbetsplatsträffar. Utvecklingssamtalen innehåller också en återkoppling. Det finns heller inga särskilda handlingsplaner för att nå uppsatta mål. En synpunkt som framfördes var att man från enhetens sida saknar en precisering och dialog kring vad man vill åstadkomma med verksamheten. Det finns ingen verksamhetsplan för enheten där det framgår vad man ska åstadkomma under året eller hur målen ska uppnås. Samtliga enheter skriver verksamhetsberättelser.

Verksamheten arbetar på olika sätt med förhållningssätt. Det finns en föreläsningsserie som är öppen för all personal. Vidare har man haft teatergrupp med föreställningar. Diskussion om förhållningssätt förs ute på enheterna. Det finns inget mer dokumenterat om förhållningssätt utöver planen för stöd, service och omvårdnad. Någon uttryckte sig som så att ”vårt förhållningssätt gentemot brukarna känns självklart och inte så enkelt att dokumentera”. När det brister det i förhållningssätt hos personalen går ledaren in. Det finns metoder för pedagogiskt förhållningssätt för autism (TEACCH<sup>1</sup>).

---

<sup>1</sup> TEACCH står för Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren, dvs habilitering och undervisning av barn, ungdomar och vuxna med autism och autismliknande tillstånd. Genom att tillämpa en helhetssyn ser TEACCH-programmet personer med autism i ett sammanhang, där den enskilde individens samlade färdigheter, intressen och svårigheter ingår, men även hans eller hennes unika familjesituation

Kvalitetssystemet klargör endast delvis ansvar, befogenheter och samarbetsförhållanden inom verksamheten. Det finns vikariepärmar och schema för brukaren som ger struktur för arbetet. I övrigt är det inte dokumenterat och upplevs inte heller som ett problem. Det bör noteras att studerade enheter har låg personalomsättning och att medarbetarna känner varandra väl.

Det finns en systematisk kompetensutveckling i verksamheten. Vid utvecklingssamtal följs den individuella kompetensplanen upp årligen. Enhetschefen ansvarar för kompetensutvecklingen och enhetschefgruppen diskuterar mer långsikt kommande behov.

Risکانالyser sker på de enheter där det finns utåtagerande brukare (per individ och övergripande). Det finns en ny rutin/blankett för riskanalys som dock inte har använts i särskilt stor utsträckning. Riskanalys sker i huvudsak vid uppkommen situation.

På enhetsnivå känner man till rutinen för anmälningsärenden och klagomålshantering. Någon anger att ”vi letar erfarenheter för att förebygga”.

När det gäller egenkontroll är handledning en del för att upprätthålla och uppdatera kunskap. En enhetschef menar att genom målsättningsdokumentet, medarbetarsamtal och övriga diskussioner kan enhetschef se alla och återkoppla. Målsättningsdokumentet uppges både vara ett styrdokument och en kvalitetssäkring av verksamheten.

## 7.2 Revisionens bedömning

Verksamheten har valt att fokusera kvalitetsutvecklingsarbetet kring ”individuell målsättning”. Vi bedömer att man har hittat en bra metod för att fånga nämndens mål och konkretisera dessa för brukaren och att man har skapat en metod för individuell uppföljning per brukare. I metoden har man också hittat ett bra sätt att kvalitetssäkra arbetet.

Verksamheten har sitt fokus på individuella mål per brukare medan det saknas gemensamma enhetsmål. Detta genomsyrar hela verksamheten från ledning till övriga medarbetare. För att ytterligare utveckla verksamheten vore det önskvärt om det utvecklade gemensamma mål för enheten. Det saknas dokumenterade verksamhetsplaner för enheten där det framgår vad man ska åstadkomma under året och hur angivna mål ska uppnås.

Det finns ett kvalitetssystem men det brister i dokumentation och sammanställning. De brister som finns är till stora delar gemensamt med äldreomsorgen. Exempelvis finns det

ett riskarbete på brukarnivå, men det saknas ett förebyggande arbete på enhets-/systemnivå.

Granskningen visar att det saknas struktur för kvalitetsutvecklingsarbetet på enhetsnivå. Medarbetarna anger att de ständigt arbetar med kvalitetsutveckling i sitt arbete med brukaren. Om verksamhets- och handlingsplaner formuleras kring hur angivna mål ska uppnås finns det möjlighet att strukturera ett kvalitetsutvecklingsarbete kring dessa gemensamma aktiviteter.

## Intervjuförteckning

Namn	Funktion
Seth Pettersson	Förvaltningschef
Anne-Lise Håkansson	Verksamhetschef Norr
Ewa Danielsson	Verksamhetschef Söder
Marie Sjöström	Verksamhetschef Öster
Eva Olsson	Verksamhetschef Omsorg och habilitering
Sofia Ljung	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Elisabeth Tellander	HSL-forum, Kvalitetsutvecklare/sjuksköterska
Karin Andersson	Enhetschef, Nilis och Nordan daglig verksamhet Arbetsterapeuter Omsorgspersonal
Inge Dahlqvist	Enhetschef Glimmern Arbetsterapeuter omsorgspersonal
Eva Möller-Gunnarsson	Enhetschef Värpinge Sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut Omsorgspersonal
Nadja Lindvall	Enhetschef Arendala Sjuksköterska och arbetsterapeut Omsorgspersonal
Anna-Karin Evertsson	Enhetschef Björkbacken Sjuksköterska och arbetsterapeut Omsorgspersonal