



TRELLEBORGS KOMMUN

Revisionen

TRELLEBORGS KOMMUN

Ink 2019 -10- 08

Kl Sign
Brevlåda / Reception

Till: Socialnämnden

Till: Kommunfullmäktiges presidium för kännedom

2019-10-08

Granskning av kvalitetsuppföljning inom äldreomsorgen

KPMG har på uppdrag av Trelleborgs kommuns revisorer granskat socialnämndens systematiska kvalitetsarbete inom Vård och omsorg. Syftet med granskningen har varit att bedöma om socialnämnden, genom sin styrning och uppföljning, säkerställer kvaliteten inom verksamheten Vård- och omsorg.

Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden i flera delar arbetar systematiskt med kvalitetsarbetet inom Vård och omsorg. Samtidigt bedömer vi att nämnden bör stärka sin styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet kopplat till anhörigstödet.

Andra rekommendationer utifrån gjord granskning är:

- Att tydliggöra organisation samt stärka styrning och uppföljning av anhörigstödet.
- Att säkerställa en fortlöpande uppföljning av nämndens värdighetsgaranti.
- Att se över möjligheten att införa ett digitalt system för hantering av inkomna synpunkter och klagomål.

Revisorerna önskar svar från socialnämnden kring vilka åtgärder nämnden avser att vidta med anledning av resultatet i granskningen. Yttrandet ska vara revisionen tillhanda senast under december månad 2019. Iakttagelser och bedömningar framgår i bifogad rapport.

För Trelleborgs kommuns revisorer,

Lena Näslund

Ordförande



TRELLEBORGS KOMMUN

Ink 2019 -10- 08

Kl Sign
Brevlåda / Reception

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom vård och omsorg

Rapport

Trelleborgs kommun

KPMG AB

2019-10-08

Antal sidor 18



Trelleborgs kommun

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom vård och omsorg

KPMG AB

2019-10-08

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	1
2	Inledning	2
2.1	Syfte och revisionsfrågor	2
2.2	Revisionskriterier	2
2.3	Genomförande	3
2.4	Avgränsning	3
3	Vård- och omsorg	4
3.1	Organisation och ansvar	4
3.2	Nämndens styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet	4
3.3	Upplevd kvalitet utifrån brukarnas perspektiv	12
3.4	Rutiner avseende nattbemanning på särskilda boenden	14
3.5	Nämndens styrning och uppföljning av anhörigstödet	15
4	Slutsats och rekommendationer	16
4.1	Svar på revisionsfrågor	16
4.2	Slutsats	17
4.3	Rekommendationer	18

1 Sammanfattning

KPMG har på uppdrag av Trelleborgs kommuns revisorer granskat socialnämndens systematiska kvalitetsarbete inom Vård och omsorg. Syftet med granskningen har varit att bedöma om socialnämnden, genom sin styrning och uppföljning, säkerställer kvaliteten inom verksamheten Vård- och omsorg. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2019.

Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden i flera delar arbetar systematiskt med kvalitetsarbetet inom Vård och omsorg. Samtidigt bedömer vi att nämnden bör stärka sin styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet kopplat till anhörigstödet.

Vår bedömning baseras bl.a. på följande iakttagelser:

- Nämnden har beslutat om nämndsmål avseende kvaliteten inom vård och omsorg. Målen följs upp en gång per år.
- Förvaltningen har brutit ned nämndens nämndsmål (strategimål) till verksamhetsspecifika effektmål.
- Utöver målstyrning styrs nämndens kvalitetsarbete av beslutat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Nämnden antog SKL:s rekommendation för arbete med ökat kvalitet natttid i särskilt boende för äldre i maj 2018.
- Uppföljning av kvaliteten inom äldreomsorgen genomförs bl.a. genom egenkontroll, tillsyn i verksamheterna, journalgranskning, insamling av data samt analys av avvikelser, klagomål och synpunkter.
- Nämnden upprättar en årlig patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse.
- För att följa upp den upplevda kvaliteten utifrån brukarnas perspektiv ges brukare i kommunen och/eller deras anhöriga möjlighet att besvara Socialstyrelsens årliga enkät "Så tycker äldre om äldreomsorgen".
- Nämnden har beslutat om ett strategimål kopplat till anhörigstödet i kommunen. I samband med granskningen har vi dock inte erhållit något underlag som tydliggör några effektmål, kvalitetsmål eller lokala mål kopplade till det övergripande strategimålet. Vi saknar även eventuella indikatorer, beskrivningar eller dylikt för att fastställa hur nämnden ska uppnå detta mål. Nämnden har inte beslutat om några riktlinjer för anhörigstödet.

Efter genomförd granskning rekommenderar vi socialnämnden att:

- tydliggöra organisation samt stärka styrning och uppföljning av anhörigstödet.
- säkerställa en fortlöpande uppföljning av nämndens värdighetsgaranti.
- se över möjligheten att införa ett digitalt system för hantering av inkomna synpunkter och klagomål.

2 Inledning

Socialtjänstlagen reglerar äldre personers rätt och möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull gemenskap med andra. Insatserna som kommunen tillhandahåller ska vara av god kvalitet.

I syfte att säkerställa ovanstående krävs det att kvaliteten systematiskt och fortlöpande följs upp, utvecklas och säkerställs. För detta arbete har Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem. I föreskrifterna finns det krav på riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbete och dokumentation. Kraven syftar ytterst till att förebygga vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser samt att en kvalitativ vård- och omsorg tillhandhålls.

Mot denna bakgrund bedömer Trelleborgs kommuns revisorer, utifrån sin riskbedömning, att kommunens åtgärder inom detta verksamhetsområde bör granskas. Granskningen ingår i revisionsplanen för 2019.

2.1 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om socialnämnden, genom sin styrning och uppföljning, säkerställer kvaliteten inom vård- och omsorg. Revisionsfrågorna som besvaras i granskningen är följande:

- Säkerställer socialnämnden ett ändamålsenligt system för kvalitetsarbetet?
- Vilka åtgärder har vidtagits för att uppfylla socialtjänstförordningens reglering avseende nattbemanning på särskilda boenden?
- Säkerställer socialnämnden uppföljningen av kvalitet kopplat till mål, uppdrag och värdighetsgarantier?
- Säkerställer socialnämnden delaktighet och inflytande hos brukarna?
- Säkerställer socialnämnden en tydlig organisation för anhörigstödet?
- Finns en ändamålsenlig styrning och uppföljning av insatserna inom ramen för anhörigstödet?

2.2 Revisionskriterier

Nedanstående revisionskriterier ligger till grund för revisorernas bedömningar i denna granskning:

- Kommunallagen 6 kap. 6 §
- Socialtjänstlagen (2001:453)
- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- Socialtjänstförordningen (2001:937 2 kap 3 §)
- SOSFS 2011:9 Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete
- SOSFS 2012:3 Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre

2.3 Genomförande

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med berörda tjänstemän.

Samtliga intervjuade har givits möjlighet att faktakontrollera rapporten.

2.4 Avgränsning

Granskningen omfattar socialnämndens verksamhet vård- och omsorg, dvs. särskilt boende och hemvård. Granskning avser inte färdtjänst.

Inom ramen för granskningen genomförs inga verksamhetsbesök eller stickprovskontroller.

Nämndens tjänstegaranti/värdegaranti används inte som ett revisionskriterium, utan har endast granskats övergripande.

3 Vård- och omsorg

3.1 Organisation och ansvar

Socialnämnden ansvarar för och fattar beslut inom områdena vård- och omsorg (äldreomsorgen), LSS och individ- och familjeomsorg.

Verksamheten Vård- och omsorg består av sju hemvårdsgrupper, hemstödsteam, sjuksköterskeenhet, en rehab-enhet, tio boendeenheter, korttidsenheten, växelvårdsenhet samt förebyggande enheten.

Socialnämnden är vårdgivare av hälso- och sjukvård. Nämnden har ett övergripande ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god hälso- och sjukvård kan upprätthållas. Nämnden ansvarar för att det finns en stabsenhet med uppdrag att arbeta med uppföljning och analys av händelser och avvikelser, fördjupade analyser inom patientsäkerhetsområdet, samt utvecklingsarbeten inom patientsäkerhetsområdet. Stabsenheten består av förvaltningschef, två kvalitetsstrateger, en informationssekreterare och en verksamhetsarkitekt.

3.2 Nämndens styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet

3.2.1 Styrning

Utifrån kommunfullmäktiges vision¹ och strategiska inriktningsmål har socialnämnden beslutat om s.k. effektmål. Därutöver har nämnden fastställt en årlig verksamhetsplan, som mer konkret ska beskriva vad som ska prioriteras i verksamheten under året. Inriktningsmålen följs upp en gång per år i samband med årsredovisningen. Nämndens effektmål följs upp två gånger per år i samband med delårsbokslut och årsredovisning.

Socialnämnden har beslutat om fem målområden för mandatperioden. Av dessa kan fyra kopplas till kvalitetsarbetet inom Vård och omsorg. Målområdena samt aktuella effektmål inom ramen för denna granskning redogörs i tabellen nedan.

Tabell 1

Målområde	Effektmål
Förebyggande arbete	Socialnämnden i Trelleborg ska ha Sveriges bästa anhängarstöd
	Socialnämnden ska verka för att minst ett trygghetsboende ska tas i bruk.
	Samverkan med övriga delar av kommunen och civilsamhället ska öka.
	Den upplevda ensamheten skall minska i Trelleborgs kommun.

¹ Vision: Trelleborg ska vara en framgångskommun med hög livskvalitet och en långsiktig och hållbar tillväxt.

Kvalitet - kundnöjdhet	Socialnämnden i Trelleborgs kommun ska ha Sveriges bästa matupplevelse inom vård- och omsorg.
	Nämnden ska bibehålla den höga nivån i brukarundersökningarna.
Förnyelse – ex. digitalisering	Andel arbetstid med direkt kundkontakt ska öka.
	Antalet digitaliserade processer ska öka med 100 % under mandatperioden.

I maj 2019 fick förvaltningen i uppdrag av nämnden att under hösten 2019 arbeta fram en handlingsplan för varje målområde samt tillhörande aktiviteter/indikatorer. Förvaltningen fick även i uppdrag att arrangera fördjupade informationer med analyser om respektive målområde. Handlingsplanen ska enligt de intervjuade redovisas till nämnden i november 2019.

Nämndens beslutade mål har brutits ned i kvalitetsmål och lokala mål. Vård och omsorgs beslutade mål för 2019 redogörs i tabellen nedan.

Tabell 2

Vård- och omsorgs kvalitetsmål och lokal mål, 2019	
Kund	Samtliga hemvårdsområden och särskilda boenden ska ha infört genomförandeplan och signering av HSL-insatser i mobil i befintligt planeringssystem under 2019.
Kund	Antalet frivilliga/volontärer ska ha ökat med 75 % vid slutet av 2019.
Resultat	100 % av enheterna ska ha en budget i balans.
Resultat	Övertid och fyllnadstid ska minska med 50 %.
Resultat	Köp av legitimerad personal ska minska med 50 %.
Resultat	Antalet tjänstgöringstimmar som utförs av timanställd personal ska minska med 25 % totalt.
Medarbetare	100 % av enheterna ska ha fungerande målstyrningstavlor innan april månads utgång.
Utveckling	Legitimerad personal ska ha infört digitalt planeringssystem samt provat ytterligare en teknisk lösning under 2019.
Process	Östergårdens korttidsplatser ska avvecklas under 2019.

Socialnämnden beslutade i juni 2012 (§ 206) om nämndens värdighetsgaranti med förtydligande om vad medborgare kan förvänta sig av vård- och omsorgen i kommunen. Värdighetsgarantin utlovar att:

- Du ska kunna nå oss på telefon, eller att vi ringer tillbaka snarast om du lämnat meddelande på vår telefonsvarare.
- Du får ett bemötande som är vänligt, lyssnande, lugnt och engagerat.

- Ha korrekt information på vår hemsida och i vår lättillgängliga informationsfolder.
- Informera dig genom brev och muntligt om vilka hjälpinsatser du beviljats och vad dessa innebär.
- När du erbjuds en kontaktperson, att vi tillsammans går igenom vad detta innebär.
- Din personliga genomförandeplan påbörjas inom en vecka och är färdig senast inom fyra veckor.
- Meddela dig om din hjälpinsats blir försenad.
- Informera dig när det sker personalförändringar.
- Följa upp din hjälpinsats och beslut minst var 6:e månad eller oftare vid förändringar.
- Du som bor på äldreboende erbjuds minst en planerad aktivitet om dagen, även på helger.
- Alla synpunkter och klagomål återkopplas till dig inom tio arbetsdagar.

Upplever brukare att nämnden inte uppfyller garantin har de rätt till att få kompensation. Denna bedöms personligt och är enligt garantin en överenskommelse mellan brukaren och nämnden. Enligt de intervjuade diskuteras värdighetsgarantierna löpande i verksamheterna. Enhetscheferna ansvarar för att garantierna efterlevs. Senast skriftliga uppföljningen till nämnden genomfördes enligt de intervjuade i november 2017.

Utvecklingsinsatser av kvalitetsarbetet på förvaltningsnivå

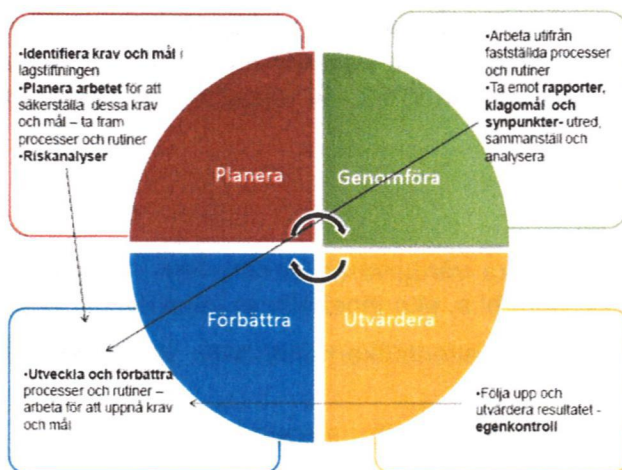
Under 2015 påbörjades ett omfattande utvecklingsarbete – en s.k. Masterplan, inspirerat av LEAN, med syfte att effektivisera kvalitetsarbetet vid socialförvaltningen. Styrningen av utvecklingsarbetet innefattar fem spår. Den övergripande målsättningen är att varje medborgare ska ha rätt till ett självständigt liv. Respektive avdelning och enhet vid socialförvaltningen har sedan 2015 arbetat utifrån en s.k. A3-plan (en verksamhetsplan) som redovisar vilka förbättringsområden respektive verksamhet/enhet ska fokusera på under innevarande år. A3-planen har sin utgångspunkt från den övergripande Masterplanen.



3.2.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Nämnden ansvarar för att det inom HSL, LSS och SoL erbjuds en god kvalitet i verksamheten samt att det finns ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. I juni 2012 (§207) beslutade nämnden om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Enligt nämndens beslut ansvarar förvaltningschefen för att ledningssystemet årligen följs upp och att det vid behov revideras. Detta bekräftas vid granskning av nämndens protokoll för 2019.

Ledningssystemet är uppbyggt utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Det ska användas för



att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Systemet ska även utgöra ett stöd för planering, ledning, kontroll och uppföljning, samt utvärdering och förbättring av verksamheten.

I nämndens ledningssystem beskrivs de olika delarna av systemet² uppdelat i mål, metod och uppföljning, ansvarsfördelning samt länkar till arbetsprocesser, riktlinjer och rutiner. Nedan redogörs kortfattat hur socialnämnden arbetar med de olika delarna.

3.2.3 Samverkan

I ansvaret för samverkan ligger att tydliggöra vem som har ansvar för samverkan kring den enskilde och hur samverkan ska gå till. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk och därför ska rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan i gränssnitten mellan olika ansvarsområden. I samband med granskningen har vi erhållit och tagit del av förvaltningens rutiner för samverkan.

Den 1 januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (LUS 2017: 612) i kraft. Syftet med den nya lagen är att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvården till öppen vård och omsorg. Lagen har enligt de intervjuade inneburit ett förändrat arbetssätt för socialnämnden. Nedan redogörs kortfattat några exempel.

- En överenskommelse slöts med Region Skånes parter, i Trelleborgs kommun 2017, om uppstart av ett mobilt vårdteam i enlighet med hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Samverkanssamtal om mobilt vårdteam och andra samverkansfrågor med Region Skåne fördes under 2018 i närsjukhusrådet. I rådet representerades kommunen av

² Samverkan, Dokumentation, Synpunkter och klagomål, Egenkontroll, Riskanalyser samt personalens medverkan i kvalitetsarbetet.

legitimerade gruppers båda enhetschefer, medicinskt ansvarig sjuksköterska samt enhetschef för myndighet.

- Genomförande av interna samverkansmöten mellan LSS och Vård och omsorg tillsammans med myndighetsavdelningen. Syftet med samverkansmötena uppges vara att på ett strukturerat sätt arbeta för ett gemensamt synsätt samt följa upp att processerna kring medborgaren följs.
- I februari 2018 startade hemstödsteamet, med nio undersköterskor, som sedan utökades med ytterligare nio undersköterskor under september månad. Teamet har till uppgift att skapa en trygg hemgång för svårt sjuka medborgare som kommer hem efter en tid på sjukhus. Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet innebär också att äldre och multisjuka personer i större utsträckning ska vårdas hemma. Hemgång från sjukhus sker snabbare och kommunerna har tre kalenderdagar på sig att planera hemgång. Hemstödsteamet har hand om de första 14 dagarna efter att personen kommit hem från sjukhus.

3.2.4 Dokumentationsskyldighet

Enligt patientsäkerhetslagen (2010: 659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse som bl.a. ska innehålla en beskrivning över:

- hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten,
- hur patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats,
- hur samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada, samt
- hur risker för vårdskador har hanterats i dokumentationen.

Nämndens patientsäkerhetsberättelse för 2018 är uppbyggd utifrån kriterierna i patientsäkerhetslagen (2010: 659).

Enligt SOSFS 2011:9 ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Den som bedriver socialtjänst bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år bl.a. upprätta en kvalitetsberättelse som beskriver hur kvalitetsarbetet bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts. Nämndens kvalitetsberättelse för 2018 är uppbyggd enligt kriterierna i SOSFS 2011: 9. Inom ramen för varje kriterium beskrivs hur verksamheten arbetat med ledningssystemets komponenter under föregående kalenderår.

Dokumentationsskyldigheten avser även samtliga insatser, som ska kunna identifieras och spåras. Dokumentationen ska möjliggöra uppföljning och utvärdering av en beslutad/genomförd insats.

Under 2018 påbörjades implementeringen av genomförandeplaner för vårdtagare i förvaltningens nya planeringssystem Intraphone. Syftet med implementeringen var att kvalitetssäkra omvårdnadsinsatser och ge en jämnare och tydligare personalplanering. Systemet har enligt de intervjuade inneburit en ökad delaktighet i upprättandet av planen från brukarens sida. Det nya systemet har även förenklats för omvårdnadspersonalen att använda planen dagligen, då den kan avläsas inför kontakt med brukaren.

3.2.5 Synpunkter, klagomål samt avvikelshantering

Socialnämnden har enligt de intervjuade inte beslutat om några riktlinjer för synpunkter och klagomål. En rutin för hantering av avvikelser har arbetats fram på förvaltningsnivå. I rutinerna framgår definitionen för avvikelser, varför avvikelser ska rapporteras, rutiner för hur en rapport ska upprättas samt ansvarsfördelningen i samband med hanteringen av synpunkter och klagomål.

Synpunkter och klagomål

Vård och omsorg tillhandahåller en synpunktsblankett där det finns möjlighet att framföra åsikter på verksamheten. Blanketten finns tillgänglig året om hos personal samt på kommunens hemsida. Den kan lämnas i förvaltningens brevlådor, receptioner, skickas portofritt via posten eller ges direkt till personalen. De som lämnat muntliga synpunkter och klagomål uppmuntras att använda synpunktsblanketten.

Samtliga synpunkter och klagomål som lämnas till personal inom socialförvaltningen ska enligt riktlinjerna registreras, utredas och åtgärdas. Dessa kan inkomma via direktkontakt med personal, via brev, telefonsamtal eller e-post. Enhetschefer och i viss mån avdelningschefer hanterar och åtgärdar de synpunkter och klagomål som inkommer, vilket sker genom samtal med berörd brukare eller dess företrädare.

Enligt patientsäkerhetsberättelsen 2018 saknas för tillfället ett gemensamt övergripande IT-system för hantering och sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål inom socialförvaltningen. Enligt de intervjuade följer respektive enhetschef upp statistiken utifrån s.k. pinnstatistik. Uppföljning av synpunkter och klagomål genomförs en gång per år, genom inrapportering till verksamhetsutvecklare. Det innebär att vi, i samband med granskningen inte kan redogöra statistik för 2019. Totalt inkom drygt 400 synpunkter och klagomål inom Vård och omsorg under 2018. Det kan jämföras med 275 under 2017.

Under 2018 genomfördes informationsinsatser kring vikten av att rapportera såväl synpunkter/klagomål som avvikelser. Syftet med insatsen var att synliggöra brister i verksamheten och göra förbättringsåtgärder där det behövs.

Nämndens rutiner för avvikelshantering

En avvikelse är en händelse i verksamheten som avviker från krav och mål enligt planerat arbetssätt, rutin eller riktlinje. Samtliga medarbetare ansvarar för att rapportera inträffade händelser. Enhetschefen ansvarar för att utreda händelsen och att tillsammans med medarbetarna ta fram förbättringsåtgärder. Samtliga enheter ska rapportera och gå igenom sina respektive avvikelser. Medarbetarna ska delges resultat och åtgärder ska vidtas utifrån avvikelsen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) bevakar att hälso- och sjukvårdens patientsäkerhet upprätthålls i den sjukvård som bedrivs inom kommunens ansvarsområde upp till och med sjuksköterskenivå enligt tröskelprincipen. MAS ansvarar för att det finns rutiner för hög patientsäkerhet och har även delegering från nämnd att göra anmälningar enligt lex Maria till IVO samt att anmäla felaktigheter på medicintekniska produkter till Läkemedelsverket och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2018 rapporterades 73 avvikelser inom vård och omsorg enligt SoL³. Det kan jämföras med 102 avvikelser under 2017. Den vanligaste orsaken till avvikelser under 2018 var utebliven insats pga. personalbrist (avser 25 rapporter). Övriga avvikelser avsåg framför allt bemötande och omvårdnadshändelse. Under perioden 2019-01-01 till 2019-07-31 inkom 53 avvikelser inom Vård och omsorg enligt SoL.

Antalet avvikelser enligt HSL som rapporterades var under 2018 totalt 4270 stycken, vilket är en ökning med 100 avvikelser i jämförelse med 2017. Under perioden 2019-01-01 till 2019-07-31 har det enligt de intervjuade inkommit 2147 avvikelser kopplade till HSL. Liksom föregående år avser rapporteringen framför allt fall-avvikelser och avvikelser i samband med läkemedelshantering. Antalet avvikelser bör enligt de intervjuade dock sättas i relation till antalet läkemedelsöverlämningar inom vård och omsorg. År 2018 gjordes drygt 550 000 läkemedelsöverlämningar i verksamheten. Antalet läkemedelsavvikelser utgjorde således 2 promille under 2018. Som en förbättring har det under 2018 införts digital signering för läkemedel för att underlätta för personalen att inte glömma att ge läkemedel.

Rutiner kring hantering vid missförhållanden och vårdskador

Samtliga anställda inom socialförvaltningen är enligt SoL och LSS skyldiga att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Under 2018 rapporterades totalt 22 rapporter enligt Lex Sarah inom Vård och omsorg. Under perioden 2019-01-01 till 2019-07-31 skrevs tio rapporter enligt Lex Sarah inom Vård och omsorg.

Vårdgivaren ska även anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria) till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Ingen Lex Maria-anmälan gjordes under 2018. Enligt de intervjuade har nämnden inte lämnat någon rapport enligt Lex Sarah eller Lex Mara till IVO hittills under 2019.

3.2.6 Uppföljning av kvaliteten i verksamheterna

I uppföljningen och utvärderingen av ledningssystemet är det viktigt att undersöka om de fastställda rutinerna följs och är ändamålsenliga. Uppföljningen är en kontinuerlig bedömning av en insats utveckling. Det är en intern process som ska ledas av ansvariga inom insatsen. Systemet för uppföljning ska integreras i det dagliga arbetet.

Det viktigaste åtgärderna för att öka patientsäkerheten är enligt nämndens patientsäkerhetsberättelse 2018 att arbeta förebyggande samt följa upp avvikelser genom egenkontroll. Detta genomförs bl.a. genom att regelbundet samla in data från verksamheterna. En egenkontroll kan även initieras efter exempelvis en avvikelsegenomgång i vårdteamet. Egenkontrollen kan t.ex. innefatta:

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i Öppna jämförelser, samt med resultat i andra verksamheter.
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat.

³ Hemvården rapporterade 50 avvikelser, sjuksköterskeenheten rapporterade fem avvikelser och särskilt boende inkl. korttid- och växelvårdsenheten rapporterade 18 avvikelser under 2018.

- målgruppsundersökningar.
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation.
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.
- analys av uppgifter från patientnämnd.
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

Enligt de intervjuade ansvarar enheterna för egenkontrollen av sin verksamhet.

Utöver egenkontrollen genomförs annan uppföljning av kvalitetsarbetet inom verksamheterna. Nedan redogörs ett antal exempel på hur socialnämnden och förvaltningen arbetat med detta under 2018 och hittills under 2019.

- MAS genomför bokade och även icke föranmälda tillsyner vid verksamheterna. Vid besöket intervjuas personal som får redogöra för hur HSL fungerar på enheten. Besök och genomgångar sker enligt de intervjuade vanligtvis vid behov på enheter där kvaliteten exempelvis varit bristande eller behov av stöd framförts. Återkoppling sker till enhetschefer och avdelningschef.
- MAS genomför löpande journalgranskning utifrån utredningshänseende. Även legitimerad personal granskar journaler som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med granskningen är att säkerställa en ändamålsenlig dokumentation, säkra kvalitetsutveckling samt att tillförsäkra patienten en god och säker vård.
- Enhetschefer, samordnare, stödassistenter och arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor träffar MAS och pratar om behov och stöd av exempelvis HSL-team, delegering av HSL, avvikelshantering, informationsöverföring, egenvård, FUNKA, anhörigas medverkan samt identifierar förbättringsområden.
- Samtliga brukare med demensdiagnos, som gett sitt samtycke, har registrerats i Svenska Demensregistret, SveDem⁴. Syftet är att genom insamling och uppföljning av data förbättra kvaliteten på demensvården.
- MAS har under 2018 och 2019 genomfört hygientillsyner på större delen av kommunens särskilda boenden i samband med uppföljning av ett internt kontrollmål.

3.2.7 Riskanalyser

Riskanalys är en systematisk användning av tillgänglig information för att identifiera riskkällor och för att bedöma risker. Socialnämnden ska genom ledningssystemet säkerställa att det finns riktlinjer och rutiner för bedömning av risker för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Enligt de intervjuade genomförs riskanalyser bl.a. i samband med analys av klagomål och synpunkter, samt vid avvikelserapportering. Utöver det genomförs även riskanalyser

⁴ SveDem – ett nationellt kvalitetsregister över diagnostik, behandling samt vård och omsorg av personer med demenssjukdom.

i samband med analys av resultat av egenkontroller och annan uppföljning av kvalitetsarbetet i verksamheterna.

Nämnden använder sig även av Senior Alert som delvis fungerar som ett nationellt kvalitetsregister, men även är ett verktyg för att arbeta preventivt med äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion/inkontinens. Senior Alert används vid granskningstillfället inte inom hemvården.

3.2.8 Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Personalen har en skyldighet att bidra till att hög säkerhet för den enskilde upprätthålls och att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Det ska finnas rutiner för att regelbundet gå igenom förändringar i personalens arbetsbelastning och i den enskildes behov av stöd, vård och behandling. Syftet med dessa rutiner är att försäkra sig om att den bemanning som krävs för att kunna genomföra nämndens uppdrag är tillgodosett.

Sedan augusti 2018 har förvaltningen två förändringsledare som arbetar heltid med fortsatt processoptimering av olika delar av verksamheten. Totalt sedan 2015, när arbetet påbörjades, har drygt 40 arbetsprocesser utvecklats som bl.a. Mottag – familjevård, tvärprocess med serviceförvaltningen kring felanmälan, samt bemanningsprocess och myndighet – beroendeprocessen.

Samtliga medarbetare ska utbildas i hjärt- och lungräddning (HLR) vartannat år. Tidigare har denna utbildning genomförts av brandkåren. Från och med 2018 är det två sjuksköterskor med specialistkompetens i den egna organisation som håller i utbildningen.

3.3 Upplevd kvalitet utifrån brukarnas perspektiv

För att följa upp den upplevda kvaliteten utifrån brukarnas perspektiv ges brukare i kommunen och/eller deras anhöriga möjlighet att besvara Socialstyrelsens årliga enkät "Så tycker äldre om äldreomsorgen". Syftet med Socialstyrelsens enkät "Så tycker äldre om äldreomsorgen 2018" är att kartlägga de äldres uppfattning om sin vård och omsorg.

Resultatet av enkäten kommuniceras ut till personal i verksamheten av avdelningschefer och enhetschefer vid arbetsplatsträffar. I samband med detta beslutar verksamheten kring två punkter att utveckla under året utifrån givet resultat. I nedanstående avsnitt redogörs resultatet av undersökningen 2018. Svaren i enkäten kommuniceras enligt de intervjuade till anhöriga i samband med anhörigträffar. Enligt de intervjuade använder nämnden resultatet bl.a. för jämförelser med andra kommuner och verksamheter, men främst i samband med beslut om nya mål för verksamheterna d.v.s. i syfte att bidra till utveckling och förbättring av vården och omsorgen om de äldre i kommunen.

Samtliga personer, 65 år och äldre, som den 31 december 2017 hade plats på ett särskilt boende, har fått möjlighet att besvara enkäten. I Trelleborgs kommun besvarades enkäten av 172 personer, dvs. 50,0 % av de tillfrågade. Det kan jämföras med rikets totala svarsfrekvens som var 49, 4 % (35 432 personer).

Nedan redogörs övergripande upplevelser hos de svarande i kommunen avseende kvaliteten inom äldreomsorgen i Trelleborgs kommun. För detaljerad redovisning av svaren i enkäten se mer om undersökningen på www.socialstyrelsen.se/aldreundersokning.

Undersökningen från 2018 visade att omkring 86 % av de svarande var nöjda med sitt äldreboende i kommunen. Enligt enkäten var andelen nöjda fler vid de boenden som bedrivs i enskild regi (89 %) i jämförelse med de som bedrivs i kommunal regi (86 %).

De fem områden där andelen positiva svar var som högst var:

- Känner sig trygg på sitt äldreboende (93 %)
- Får bra bemötande från personalen (91 %)
- Är sammantaget nöjd med äldreboendet (86 %)
- Känner förtroende för personalen (86 %)
- Har lätt att få kontakt med personalen på äldreboendet vid behov (85 %)

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att en hög andel känner sig trygga på sitt äldreboende samt får ett bra bemötande från personalen, >90 %.

De fem områden där andelen positiva svar var som lägst var:

- Besväras inte av ensamhet (39 %)
- Personalen brukar informera om tillfälliga förändringar (51 %)
- Vet vart man vänder sig med synpunkter och klagomål (53 %)
- Upplever måltiderna som en trevlig stund (63 %)
- Möjligheterna att komma utomhus är bra (67 %)

Vi kan konstatera att fler än hälften av de svarande (61 %) besväras av ensamhet. Vidare framgår att det endast är omkring hälften som uppger att personalen brukar informera om tillfälliga förändringar.

Boendemiljö

Sammantaget uppger omkring 80 % av de tillfrågade att de är nöjda med sitt rum/lägenhet. Det kan jämföras med riket, 74 %. Brukare i Trelleborgs kommun är mer positiva till trivselen inom- och utomhus i jämförelse med riket.

Mat- och måltidsmiljö

Omkring 76 % av de svarande i kommunen upplever att maten smakar bra. Det kan jämföras med riket 74 %. Omkring 63 % upplever måltiderna som en trevlig stund på dagen, i jämförelse med riket 68 %.

Trygghet

Ca 86 % av de svarande uppger att de känner förtroende för personalen på sitt

äldreboende. Det kan jämföras med riket 85 %. Hela 93 % av de svarande upplever sitt boende som tryggt.

Sociala aktiviteter

61 % av de svarande i kommunen besvärar inte av ensamhet. Det innebär att 39 % gör det. I jämförelse med riket, 65 %, som besvärar av ensamhet. 69 % av de svarande uppger att de är nöjda med de aktiviteter som erbjuds vid boendet, samt 67 % att det finns bra möjligheter att komma utomhus.

Tillgänglighet

Andelen svarande som uppger att det är lätt att få träffa en sjuksköterska vid behov är lägre än riket. Däremot uppger en större mängd (72 %) att det är lätt att få träffa en läkare vid behov, i jämförelse med riket (54 %). Omkring 85 % uppger att det är lätt att få kontakt med personalen vid äldreboendet, i jämförelse med riket (83 %).

3.4 Rutiner avseende nattbemanning på särskilda boenden

Regeringen beslutade i februari 2016 att införa en ny bestämmelse om bemanning i socialtjänstförordningen (2001:937). Bestämmelsen (SoF, 2 kap. 3 §) gäller särskilda boenden för äldre och trädde i kraft den 15 april 2016. Förordningens nya bestämmelser är enligt följande:

"Vid ett särskilt boende ska det, utifrån den enskildes aktuella behov, finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet och hälsa."

Utifrån Socialstyrelsens nya bestämmelser arbetade Sveriges kommuner och landsting (SKL) fram en rekommendation i fyra delar. De fyra rekommendationerna redogörs i nedanstående tabell.

Tabell 3

SKL:s rekommendation
Koll på läget Ledningen behöver i större utsträckning ta reda på hur arbetet bedrivs nattetid.
Individens behov En planering behöver genomföras med den äldre och den äldres anhöriga vad gäller omsorgsinsatser och tillsyn även nattetid.
Strategi för ny teknik Kommunen bör ta fram en teknikstrategi som omfattar såväl infrastruktur, informationssäkerhet och tillämpning av lagstiftning.
Ledarskap Ledarskapet inom särskilt boende för äldre behöver stärkas för att förändringsarbetet med att identifiera och införa nya arbetssätt ska säkerställas.

Socialtjänstförordningen ger utrymme för kommunerna att själva välja hur individens behov ska kunna tillgodoses och hur bl.a. digitala lösningar kan vara en del av det. Socialnämnden antog SKL:s rekommendation för arbete med ökad kvalitet nattetid i särskilt boende för äldre i maj 2018 (§ 85). Enligt de intervjuade samt granskning av underlag arbetar förvaltningen vid granskningstillfället utifrån SKL:s rekommendation, med särskilt fokus på Strategin för ny teknik.

3.5 Nämndens styrning och uppföljning av anhörigstödet

Den 1 juli 2009 infördes en ny bestämmelse i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001: 453). Den anger att socialnämnden "ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre, eller som stödjer en närstående som har funktionshinder".

Arbetet med stöd till anhöriga ska omfatta socialtjänstens alla verksamheter. Syftet är att minska de anhörigas psykiska och fysiska belastning. För en del personer avser det om att få hjälp med insatser som den närstående behöver, men det kan även innebära att få information eller utbildning av kommunen. Exempel på stöd till anhöriga och familjer kan vara:

- information om möjligheter och villkor för att få stöd,
- information om den närståendes sjukdom, funktionsnedsättning, prognos och möjligheter till stöd,
- enskilda samtal och samtal i grupp,
- utbildning och hjälpmedel,
- hjälp i hemmet eller i boende,
- avlösning i olika former, samt
- ekonomisk ersättning.

Socialnämnden i Trelleborgs kommun har för mandatperioden beslutat om strategimålet om att ha Sveriges bästa anhörigstöd. I samband med granskningen har vi dock inte erhållit något underlag som tydliggör några effektmål, kvalitetsmål eller lokala mål kopplade till det övergripande strategimålet. Vi saknar även eventuella indikatorer, beskrivningar eller dylikt för att fastställa hur nämnden ska uppnå detta mål.

Enligt de intervjuade pågår ett arbete med att ta fram riktlinjer för anhörigstödet. Det är dock oklart om nämnden avser besluta om dessa. Utifrån protokollgranskning kan vi inte utläsa att socialnämnden behandlat ärenden kopplat till anhörigstödet under perioden 2019-01-01 – 2019-08-31.

4 Slutsats och rekommendationer

4.1 Svar på revisionsfrågor

Säkerställer socialnämnden ett ändamålsenligt system för kvalitetsarbetet?

Vår bedömning är att nämnden i flera delar säkerställer ett system för kvalitetsarbetet. Samtidigt bedömer vi att nämnden kan stärka sin styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet kopplat till anhörigstödet.

Säkerställer socialnämnden uppföljningen av kvalitet kopplat till mål, uppdrag och värdighetsgarantier?

Vi bedömer att nämnden säkerställer uppföljningen av kvaliteten kopplat till mål och uppdrag. Uppföljning av förvaltningens effektmål genomförs två gånger per år i samband med delårsbokslut samt årsbokslut. Uppföljning av nämndens strategimål genomförs en gång per år i samband med årsbokslut.

Vi bedömer dock att nämnden kan stärka sin uppföljning av värdighetsgarantierna. Den senaste uppföljningen gjordes enligt uppgift hösten 2017. Enligt vår bedömning bör även denna uppföljning genomföras löpande, dvs. minst en gång per år.

Säkerställer socialnämnden delaktighet och inflytande hos brukarna?

Vi bedömer att nämnden vid granskningstillfället säkerställer ett system som tillgodoser delaktighet och inflytande hos brukarna. Bland annat genom att möjliggöra för brukare i kommunen att varje år besvara Socialstyrelsens enkät "Så tycker äldre om äldreomsorgen". Syftet är att följa upp brukares uppfattning om den levererade kvaliteten inom äldreomsorgen. Enligt uppgift använder nämnden resultatet bl.a. för jämförelser med andra kommuner och verksamheter, men främst i samband med beslut om nya mål för verksamheterna dvs. i syfte att bidra till utveckling och förbättring av vården och omsorgen om de äldre i kommunen.

Vilka åtgärder har vidtagits för att uppfylla socialtjänstförordningens reglering avseende nattbemanning på särskilda boenden?

Socialnämnden antog SKL:s rekommendation för arbete med ökad kvalitet nattetid i särskilt boende för äldre i maj 2018 (§ 85). Enligt de intervjuade arbetar förvaltningen vid granskningstillfället utifrån denna rekommendation.

Säkerställer socialnämnden en tydlig organisation för anhörigstödet? Finns en ändamålsenlig styrning och uppföljning av insatserna inom ramen för anhörigstödet?

Vid granskningstillfället har nämnden beslutat om ett strategimål kopplat till anhörigstödet. Vi har dock inte erhållit några styrdokument, beslutade riktlinjer eller sett någon rapportering av uppföljning kopplat till anhörigstödet inom ramen för denna granskning. Vår bedömning är att socialnämnden bör stärka sin styrning och uppföljning av insatserna inom ramen för anhörigstödet. Vi bedömer inte att socialnämnden vid granskningstillfället säkerställer en tydlig organisation för anhörigstödet.

4.2 Slutsats

Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden i flera delar arbetar systematiskt med kvalitetsarbetet inom vård och omsorg. Samtidigt bedömer vi att nämnden kan stärka sin styrning och uppföljning av kvalitetsarbetet kopplat till anhörigstödet.

En förutsättning för ett systematiskt förbättringsarbete är enligt vår bedömning en formaliserad struktur för arbetet. En bra struktur innebär att formalisera kvalitetsmål, rutiner för riskanalyser, rutin för egenkontroll, rutiner för att ta emot och utreda klagomål och synpunkter samt rutiner för att sammanställa och analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter. Vi bedömer att nämnden säkerställer ett system för detta. Vi kan, i samband med granskningen, konstatera att nämnden styr sitt kvalitetsarbete utifrån fastställda mål och riktlinjer, som fungerar som stöd i det löpande arbetet i verksamheterna. Vi bedömer att det finns riktlinjer eller rutiner för samtliga delar av nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011: 9. Slutligen bedömer vi det som positivt att nämnden och förvaltningen bl.a. tar hänsyn till resultatet i den årliga brukarundersökningen inför beslut av strategiska mål och effektmål.

Det är, enligt vår bedömning, en viktig uppgift att fortlöpande sammanställa information från olika källor för att ge beslutsfattare en övergripande och korrekt bild av kvaliteten inom vård- och omsorgen. För att åstadkomma förbättringar i verksamheten bör beslut utifrån riskanalyser, egenkontroll, utredningar av klagomål och synpunkter omsättas till exempel i verksamhetsplaner, handlingsplaner, målstyrning och budget. Vi bedömer att nämnden i många delar säkerställer detta vid granskningstillfället genom bl.a. löpande rapportering av avvikelser, en årlig kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse samt uppföljning av förvaltningens effektmål två gånger per år och nämndens egna strategimål en gång per år. Samtidigt framgår av granskningen att nämnden saknar ett gemensamt övergripande IT-system för hantering och sammanställning av inkomna synpunkter och klagomål. Ett sådant system skulle bl.a. kunna underlätta för brukare att framföra sina synpunkter och klagomål. Det skulle även kunna förenkla för nämnden att följa upp och analysera inkomna synpunkter och klagomål.

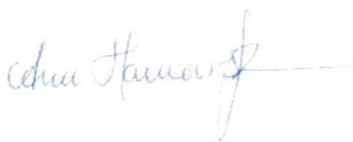
Den 1 juli 2009 infördes en ny bestämmelse i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001: 453). Den anger att socialnämnden *"ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre, eller som stödjer en närstående som har funktionshinder"*. I kommunens ansvar ingår att upprätta planer för hur bestämmelsen ska tillämpas, att informera kommuninvånarna om möjligheten att få stöd om man vårdar en närstående, att avsätta pengar för anhörigstöd samt att följa upp arbetet. Nämnden har beslutat om ett strategimål kopplat till anhörigstödet, vilket vi bedömer som positivt. Vi har dock inte erhållit något underlag som tydligt visar hur nämnden ämnar att arbeta för att uppnå detta mål. Nämnden har inte heller beslutat om några riktlinjer för anhörigstödet. Vår bedömning är att organisationen kan tydliggöras samt att styrningen och uppföljning av de insatser som genomförs inom ramen för anhörigstödet bör stärkas.

4.3 Rekommendationer

Efter genomförd granskning rekommenderar vi socialnämnden att:

- tydliggöra organisation samt stärka styrning och uppföljning av anhörigstödet.
- säkerställa en fortlöpande uppföljning av nämndens värdighetsgaranti.
- se över möjligheten att införa ett digitalt system för hantering av inkomna synpunkter och klagomål.

KPMG, dag som ovan



Anna Hammarsten
Verksamhetsrevisor



Lars Jönsson
Certifierad kommunal yrkesrevisor