

Revisionsrapport

Socialnämndens systematiska kvalitetsledning

Gällivare kommun

Jenny Krispinsson
Maria Strömbäck

Augusti 2016

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattande bedömning	1
2.	Inledning	3
2.1.	Bakgrund	3
2.2.	Syfte och kontrollmål	3
2.3.	Revisionskriterier	4
2.4.	Metod och avgränsning	4
3.	Granskningsresultat	5
3.1.	Kvalitetsledningsarbetet.....	5
3.1.1.	Processbeskrivning.....	5
3.1.2.	Samverkan	5
3.1.3.	Risakanalys	6
3.1.4.	Egenkontroll	6
3.1.5.	Avvikelser.....	6
3.1.6.	Personalens medverkan	7
3.1.7.	Dokumentationsskyldighet.....	7
3.2.	Förankring av kvalitetsledningsarbetet.....	8
3.3.	System och rutiner	9
3.4.	Kvalitetsarbete utifrån öppna jämförelser	11
3.5.	Uppföljning.....	12

Augusti 2016

Jenny Krispinsson

Projektledare

Hans Forsström

Uppdragsledare

1. *Sammanfattande bedömning*

På uppdrag av revisorerna i Gällivare kommun har PwC genomfört en granskning avseende om socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av kvalitetsarbetet inom nämndens verksamheter, samt om den interna kontrollen inom området är tillräcklig. Revisorernas bedömning av väsentlighet och risk har legat till grund för valet av granskningsinriktning.

Vår sammanfattande bedömning är att socialnämnden till övervägande del har säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av kvalitetsarbetet inom nämndens verksamheter. Vidare har nämnden, utifrån vad vi kunnat bedöma, till övervägande del en god intern kontroll inom området. Den sammanfattande bedömningen baseras på följande iakttagelser kopplat till respektive för granskningen styrande kontrollmål:

- Det finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar de områden som anges i socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd och det bedrivs ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete inom nämnden och dess förvaltning. De utvecklingsområden som framförallt finns gällande det systematiska kvalitetsarbetet är personalens medverkan samt hur avdelningarna ska arbeta med egenkontroll inom ramen för kvalitetsarbetet
- Vad gäller styrningen av kvalitetsarbetet så har nämnden beslutat om inrättande av ett kvalitetsledningssystem samt antagit riktlinjer inom området. Vidare får nämnden årligen till sig en kvalitetsberättelse samt en patientsäkerhetsberättelse där kvalitetsarbetet under det föregående året beskrivs och analyseras
- Kvalitetsledningsarbetet är förankrat hos nämnden och förvaltningsledningen men det finns behov av att förankra kvalitetsarbetet ytterligare på enhetschefsnivå och hos baspersonalen
- Det finns system och rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah och lex Maria. Dock är tillämpningen av dessa system och rutiner inte säkerställd i tillräcklig utsträckning inom de granskade verksamheterna. Det är heller inte säkerställt att berörd personal får tillräcklig återkoppling avseende avvikelser, rapporteringar och anmälningar som berör deras verksamhet
- Nämnden följer upp kvalitetsarbetet i tillräcklig utsträckning genom den samlade kvalitetberättelsen samt genom patientsäkerhetsberättelsen. Dock finns det utvecklingspotential avseende spridningen av resultatet i kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen till berörd personal ute i verksamheterna

Rekommendationer

Med anledning av ovanstående vill vi lämna följande rekommendationer till socialnämnden:

- Att nämnden säkerställer att kvalitetsledningsarbetet är väl förankrat på enhetschefs nivå samt hos baspersonalen för att kvalitetsarbetet ska bedrivas i enlighet med gällande riktlinjer och rutiner
- Att nämnden säkerställer att de rutiner och riktlinjer som finns avseende avvikelser och rapportering enligt lex Sarah tillämpas i tillfredställande utsträckning i de verksamheter som berörs av dem
- Att nämnden tydliggör hur återkoppling avseende kvalitetsledningsarbetet, på såväl avvikelsernivå som på mer övergripande nivå, ska ske till baspersonalen
- Att nämnden ytterligare förtydligar hur arbetet med egenkontroll inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet ska genomföras

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Kommunens revisorer har utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt att behov finns av att granska styrning och ledning av systematiskt kvalitetsarbete inom socialnämnden och dess verksamheter.

Enligt den lagstiftning och regelverk i övrigt som reglerar socialnämnden ska verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Kommunen har enligt socialtjänstlagen ett ansvar för att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. I begreppet inryms bl.a. rättssäkerhet, kompetens, bemötandefrågor, den enskildes medinflytande samt att vård och omsorg ska vara lättillgänglig. Även i hälso- och sjukvårdslagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade finns bestämmelser om att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

Den 1 januari 2012 trädde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i kraft. Föreskrifterna fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas. Här anges också att det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Vårdgivaren måste enligt föreskrifterna klargöra vilken verksamhet som bedrivs samt göra en kartläggning över vilka krav och mål som gäller för respektive verksamhet. Vidare ska vårdgivaren bedöma vilka processer och rutiner som verksamheten behöver fastställa för att uppfylla dessa krav och mål. Föreskrifterna förtydligar också att den som bedriver verksamhet ska arbeta med ett systematiskt förbättringsarbete.

Bristfälliga system och rutiner kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett sätt.

2.2. Syfte och kontrollmål

Syftet med granskningen har varit att pröva om socialnämnden säkerställer en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av kvalitetsarbetet inom nämndens verksamheter och om den interna kontrollen inom området är tillräcklig.

Granskningen har haft att besvara följande kontrollmål:

- Finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar de områden som anges i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd?
- Bedrivs ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete som är väl förankrat hos nämnden, förvaltningsledningen och personal inom socialnämndens verksamheter?

- Finns och tillämpas system och rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter samt anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria hos granskade verksamheter?
- Sker tillräcklig rapportering av avvikelser samt anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria inom socialnämndens verksamheter?
- Vilken analys görs av, och på vilket sätt sker arbete för att förbättra, äldreomsorgens kvalitet utifrån resultaten i öppna jämförelser?
- Följer nämnden upp kvalitetsarbetet i tillräcklig utsträckning?

2.3. Revisionskriterier

- Socialtjänstlagen 3 kap. 3 §
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Hälso- och sjukvårdslagen 31 §
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 6 §
- Nämndens policys och mål inom området

2.4. Metod och avgränsning

Revisionsobjektet i granskningen har varit socialnämnden.

Granskningen har genomförts genom:

- Insamling och analys av adekvat dokumentation
- Upprättande av intervjuguide och granskningsprogram
- Intervjuer med nämndsordförande, socialchef, avdelningschefer, enhetschefer samt lex Sarah-utredare samt verksamhetssamordnare.
- Gruppintervjuer med personal från särskilda boenden, hemtjänst, korttidsboende samt LSS-verksamhet
- Upprättande av revisionsrapport

Granskningen har avgränsats till kvalitetsarbetet på övergripande nivå, samt inom:

- Två enheter vid särskilda boenden
- Två enheter inom hemtjänsten
- En enhet vid korttidsboende
- En enhet vid boende med särskild service enligt LSS

Urval av enheter har skett utifrån en bedömning av risk och väsentlighet. I övrigt se revisionsfråga, kontrollmål och metod för ytterligare avgränsningar.

Socialnämndens ordförande samt socialförvaltningens ledning har haft möjlighet att faktakontrollera innehållet i rapporten.

3. Granskningsresultat

3.1. Kvalitetsledningsarbetet

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Vidare framgår att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Med stöd av ledningssystemet ska verksamheten planeras, ledas, kontrolleras, följas upp och förbättras.

Socialnämnden i Gällivare beslutade 2012-09-27 att införa ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter 2011:9. Genom intervjuer framgår att socialförvaltningen under 2012 även påbörjade arbetet med att ta fram ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för socialnämndens verksamheter. De senaste åren har det pågått ett arbete med att revidera kvalitetsledningssystemet och de rutiner och riktlinjer som är kopplade till det. Fokus uppges nu ligga på att fortsatt arbeta med att beskriva arbetsprocesser inom socialförvaltningen samt att arbeta med implementeringen av kvalitetsledningsarbetet.

De intervjuade beskriver att kvalitetsledningssystemet i dagsläget finns åtkomligt via socialförvaltningens nätverksmappar samt på intranätet. Hos några av verksamheterna finns kvalitetsledningssystemet, eller delar av det, i pärmar. Dessa pärmar ska, enligt uppgift, avvecklas och det är enbart det digitala kvalitetsledningssystemet som ska användas.

I nedanstående avsnitt 3.1.1. till 3.1.7. beskrivs delar av vad som, enligt SOSFS 2011:9, ska ingå i ett kvalitetsledningssystem samt hur långt socialnämnden i Gällivare kommun kommit i arbetet med att ta fram dessa delar.

3.1.1. Processbeskrivning

Enligt SOSFS 2011:9 4 kap. 2 § ska de processer som behövs för att säkerställa verksamhetens kvalitet identifieras, beskrivas och fastställas. Av granskningen framgår, genom analys av dokument och intervjuer, att det pågår ett arbete med att identifiera, beskriva och fastställa processer. Många av processerna var också vid granskningstillfället beskrivna.

3.1.2. Samverkan

Den som bedriver socialtjänst, verksamhet enligt LSS eller är vårdgivare enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska identifiera processer enligt SOSFS 2011:9 4 kap. 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Detta framgår av SOSFS 2011:9 4 kap. 5-6 §§. Vidare lyfts det fram att det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten och med andra organisationer.

Av granskningen framgår att det till stor del finns rutiner för samverkan men att det finns processer som ännu inte är beskrivna.

3.1.3. Riskanalys

Vidare framgår av SOSFS 2011:9 5 kap. 1 § att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Av kvalitetsberättelse framgår att det är genomfört riskanalyser inom flera av socialnämndens verksamheter. Exempelvis lyfts det fram att en riskanalys gjordes när hemtjänstens verksamhet sammanslogs med rehab- och sjukvårdsenheten. Andra exempel är riskanalyser avseende bemanning på särskilda boenden samt riskanalyser utifrån arbetsmiljöåtgärder inom avdelningen för bistånd.

3.1.4. Egenkontroll

Enligt SOSFS 2011:9 5 kap. 2 § ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS utöva egenkontroll med den omfattning och frekvens som krävs för att verksamhetens kvalitet ska kunna säkras. Egenkontroll kan exempelvis omfatta jämförelser av verksamhetens resultat med de uppgifter som framgår av nationella kvalitetsregister, öppna jämförelser, verksamhetens tidigare resultat samt resultatet i andra verksamheter. Andra exempel på egenkontroller kan vara undersökning av målgrupper samt om det finns förhållningssätt hos personalen som kan leda till kvalitetsbrister i verksamheten.

Av granskningen framgår att egenkontroll till viss del genomförs inom socialförvaltningens verksamheter. I kvalitetsberättelsen beskrivs hur respektive avdelning arbetar med egenkontrollen. Bland annat nämns uppföljning av måluppfyllelse, uppföljning av förhållningssätt och attityder samt uppföljning av avvikelser. I kvalitetsberättelsen för 2015 framgår att det inom flera av avdelningarna finns osäkerheter avseende vad som inbegrips i egenkontrollen samt hur avdelningarna förväntas arbeta med egenkontroll. Detta är något som även beskrivs i intervjuer som genomförts för denna granskning.

3.1.5. Avvikelser

Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska tas emot och utredas, vilket framgår av SOSFS 2011:9 5 kap. 3 §. Av 4 § i samma kapitel tydliggörs rapporteringsskyldigheten som finns för hälso- och sjukvårdspersonal, den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten samt i enlighet med LSS. I paragrafen finns bland annat en hänvisning till Socialtjänstlagen 14 kap. 3 som säger att den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten genast ska rapportera risk för missförhållanden. Liknande skrivelser finns i Patientsäkerhetslagen och LSS.

I SOSFS 5 kap. 4 § framgår att missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden utan dröjsmål ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas.

Genom granskningen framgår att det finns rutiner för upprättande av avvikelser samt hantering av synpunkter, klagomål samt inkomna avvikelser. Vidare finns rutiner för rapportering och utredning av missförhållanden samt anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria.

3.1.6. Personalens medverkan

I sjätte kapitlet i föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete lyfts personalens medverkan i kvalitetsarbetet fram. Bland annat ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Genom granskningen framgår att det inte i tillräcklig utsträckning har säkerställts att personalen, inom de verksamheter som granskats, arbetar i enlighet med processer och rutiner. Som nämnts finns det processer som ännu inte är beskrivna och fastställda varpå det är svårt att genom granskningen fastställa att personal arbetar i enlighet med dessa processer. Utöver detta framkommer att de rutiner som finns inte är kända av samtliga som berörs av dem.

Vidare framhålls att det till viss del finns otydligheter kring hur återkoppling avseende kvalitetsarbetet ska ske till personalen ute i verksamheterna.

3.1.7. Dokumentationsskyldighet

I SOSFS 2011:9 7 kap. 1 § framgår att arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Vidare framgår att det varje år bör upprättas en sammanhållen kvalitetsberättelse. I denna bör det framgå:

- Hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår
- Vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet
- Vilka resultat som har uppnåtts

Av samma kapitel 2 § förtydligas att vårdgivaren senast den 1 mars varje år ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse samt vad den ska innehålla. Av granskningen framgår att en patientsäkerhetsberättelse har tagits fram för socialförvaltningen 2015. Patientsäkerhetsberättelsen innehåller bland annat beskrivning av genomfört patientsäkerhetsarbete samt vilka åtgärder som genomförts för att minska risker i vården.

Av granskningen framgår att en kvalitetsberättelse har tagits fram första gången för år 2015. Kvalitetsberättelsen behandlades i socialnämnden i april 2016. Kvalitetsberättelsen innehåller bland annat antal avvikelser enligt socialtjänstlagen inom de olika avdelningarna inom socialförvaltningen samt några av de förbättringsåtgärder som vidtagits med anledning av de avvikelser som registrerats. Även inkomna synpunkter och klagomål redovisas i kvalitetsberättelsen samt vilka utvecklingsområden som finns.

Som utvecklingsområde nämns framförallt efterlevnad av rutinen för hantering av klagomål och synpunkter. Vidare redovisas antalet anmälningar enligt lex Sarah samt hur socialförvaltningen arbetat med riskanalyser och egenkontroll.

Bedömning

Vår bedömning är att det finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar de områden som anges i socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd. Vi noterar dock att det fortfarande finns utvecklingsområden vad gäller det systematiska kvalitetsarbetet och utformningen av kvalitetsledningssystemet. Vår uppfattning är att utvecklingsområdena framförallt är personalens medverkan i kvalitetsarbetet samt hur avdelningarna ska arbeta med egenkontroll inom ramen för kvalitetsarbetet.

3.2. Förankring av kvalitetsledningsarbetet

Som nämnts tidigare så beslutade socialnämnden i Gällivare 2012-09-27 att införa ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Vid granskningstillfället fanns kvalitetsledningssystemet både i digitalt format på kommunens intranät samt i pappersform i så kallade ”gröna pärmar” inom en del verksamheter. Enligt uppgift är det beslutat att de gröna pärmarna inte längre gäller och att kvalitetsledningssystemet enbart ska finnas på intranätet. Detta eftersom det finns en risk att de gröna pärmarna inte uppdateras och revideras i tillräcklig utsträckning för att säkerställa att de innehåller giltiga riktlinjer och rutiner.

Från intervjuerna framkommer att kvalitetsledningsarbetet är förankrat inom nämnden genom att nämnden har beslutat om ledningssystemets införande. Nämnden får även återkommande återrapportering avseende exempelvis upprättade avvikelser, synpunkter och klagomål samt anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria. Årligen upprättas en kvalitetsberättelse (fr o m 2015) och en patientsäkerhetsberättelse som nämnden får till sig. I dessa redogörs bland annat för kvalitetsarbetet inom nämndens verksamhetsområden.

Inom förvaltningsledningsgruppen är kvalitetsledningsarbetet väl känt och det beskrivs genom intervjuerna att utvecklingen av kvalitetsledningsarbetet främst skett inom ledningsgruppen. I ledningsgruppen ingår även lex Sarah-utredaren samt verksamhetssamordnaren som arbetat mycket med att utveckla kvalitetsledningssystemet.

Genom intervjuerna lyfts det fram att samtliga enhetschefer inom förvaltningen har fått information avseende kvalitetsledningssystemet. De intervjuade uppger dock att kännedomen om kvalitetsledningssystemet och kvalitetsledningsarbetet inte är lika stort hos nyligen rekryterade enhetschefer. Tanken är att enhetschefer och avdelningschefer ska kunna följa kvalitetsarbetet fortlöpande via kvalitetsledningssystemet framöver. I dagsläget pågår dock fortfarande utveckling av systemet. De intervjuade uppger att det även pågår ett arbete med att identifiera och beskriva processer.

Av intervjuer framgår att kvalitetsledningsarbetet fortfarande är relativt okänt hos en stor del av personalen ute i de granskade verksamheterna. Den del av kvalitetsarbetet som är mest känt i verksamheterna är hantering av synpunkter och klagomål, rapportering av avvikelser samt rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah och lex Maria. Vår granskning visar dock att kännedomen om dessa rutiner varierar mellan de granskade verksamheterna. Ingen av de intervjuade från baspersonalen uppgav att de känner till om det inom deras verksamheter har genomförts, eller om det pågår ett arbete med, kartläggning och beskrivning av processer.

Bedömning

Vår bedömning är att det till stor bedrivs ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete inom socialnämndens verksamheter. Det pågår ett arbete med att utveckla kvalitetsledningsarbetet samt att fasa ut kvalitetsledningssystemet som fortfarande finns i pappersformat ute i en del verksamheter. Beslut har fattats att kvalitetsledningssystemet endast ska finnas i digital form på kommunens intranät.

Vad gäller styrningen av kvalitetsarbetet så har nämnden beslutat om att ett kvalitetsledningssystem ska inrättas samt antagit riktlinjer inom området. Vidare får nämnden årligen till sig en kvalitetsberättelse samt en patientsäkerhetsberättelse där kvalitetsarbetet under det föregående året beskrivs och analyseras.

Kvalitetsledningsarbetet är förankrat hos nämnden och förvaltningsledningen men det finns behov av att förankra kvalitetsarbetet ytterligare på enhetschefs nivå. Vår bedömning är vidare att förankringen ännu inte i tillräcklig utsträckning har nått ut till den personal som arbetar i de granskade verksamheterna.

3.3. System och rutiner

Genom granskningen av dokumentation framkommer att det finns skriftliga rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter samt rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah och lex Maria. Vidare finns det även rutiner för upprättande av avvikelser samt rapportering om missförhållande eller risk för missförhållande. I de flesta av de granskade verksamheterna sker avvikelserrapportering i verksamhetssystemet Viva. De vikarier som inte har tillgång till systemet uppmanas att skriva avvikelser på en pappersblankett och lämna till sin chef eller att ta hjälp av ordinarie personal för att rapportera direkt i Viva.

Av granskningen framgår att rutinerna framförallt finns att tillgå elektroniskt men även i pappersformat i ”gröna pärmen” hos en del verksamheter. Några av de intervjuade menar att rutiner i pappersformat kan vara mer lättillgängliga för personal, framförallt för vikarier som inte alltid har tillgång till det digitala kvalitetsledningssystemet. Som tidigare nämnt är det dock beslutat att de gröna pärnarna ska avvecklas till förmån för kvalitetsledningssystemet på intranätet. I samband med detta är det av vikt att säkerställa att även vikarier har tillgång till de rutiner och riktlinjer som de kan ha behov av för att kunna ta ansvar och fullgöra sitt arbete.

Av de intervjuer vi har genomfört för granskningen framgår att kännedomen om de rutiner som finns avseende avvikelser, lex Sarah och lex Maria varierar hos personalen ute i de verksamheter som berörs av granskningen. Exempelvis är kunskapen om vad som ska resultera i en avvikelse, samt vad lex Sarah innebär, inte tillräckligt stor hos en del av dessa verksamheter. Det uppges inte vara helt tydligt vad som är ett missförhållande eller risk för ett missförhållande, även om det diskuterats i en del personalgrupper.

Några av de intervjuade uppger att kännedomen om medicinska avvikelser, exempelvis om en brukare fått fel medicin, är bättre än kunskapen om SoL-avvikelser¹. En SoL-avvikelse kan till exempel vara om en insats av någon anledning inte genomförts hos brukaren eller om personalens bemötande varit bristfälligt. De intervjuade tror även att rapporteringen är bättre avseende medicinska avvikelser än SoL-avvikelser.

Några av de intervjuade lyfter fram tidsbrist och okunskap om vad som ska föranleda en avvikelse som anledningar till varför avvikelser inte alltid upprättas. Även avsaknad av återkoppling samt att det inte alltid händer något efter att en avvikelse upprättats lyfts fram som anledningar, liksom att det inom en del verksamheter finns en känsla av att personal inte vill ange en kollega. Detta uppges leda till att samtliga avvikelser inte rapporteras.

Vidare lyfter flera av den baspersonal som intervjuats att de inte får till sig någon samlad sammanställning avseende avvikelser och anmälningar, vare sig för socialförvaltningen som helhet eller för det verksamhetsområde de tillhör. En sådan sammanställning skulle kunna medföra att erfarenheter och lärdomar sprids mellan såväl enheter som verksamheter. Enligt några av de intervjuade finns verktyg för att föra fram information och sammanställningar till baspersonalen, men att dessa verktyg inte nyttjas fullt ut i dagsläget.

I några av intervjuerna framhålls vikten av att chefer på samtliga nivåer arbetar aktivt med att implementera de rutiner som upprättas och revideras. Detta gäller inte minst på enhetschefsnivå. Genom intervjuerna beskrivs att det varit en stor omsättning på enhetschefer inom socialförvaltningen de senaste åren och att detta medfört utmaningar kring att sprida information till baspersonalen liksom när det gäller att implementera nya och reviderade rutiner i en del verksamheter.

Bedömning

Vår bedömning är att det finns system och rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah och lex Maria.

Vad gäller tillämpningen av dessa rutiner så är vår bedömning att den inte är säkerställd i tillräcklig utsträckning inom de granskade verksamheterna. Till exempel är kunskapen om vad som ska resultera i en avvikelse inte tillräckligt god. Det samma gäller avseende vad rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah innebär.

¹ Avvikelse enligt socialtjänstlagen

Utifrån detta gör vi även bedömningen att det finns en betydande risk att tillräcklig rapportering inte sker avseende avvikelser samt missförhållanden/risk för missförhållanden enligt lex Sarah inom socialnämndens verksamheter.

Vidare är vår bedömning att implementeringen av de rutiner som redan finns, samt de som nu upprättas och revideras, behöver förbättras för att säkerställa att rutiner når ut och tillämpas i de verksamheter som är närmast kunden och brukaren.

Vi bedömer även att det inte i nödvändig utsträckning är säkerställt att berörd personal får tillräcklig återkoppling avseende de avvikelser och anmälningar som berör deras verksamhet.

3.4. Kvalitetsarbete utifrån öppna jämförelser

I denna granskning ingick även att granska hur arbete sker för att förbättra äldreomsorgens kvalitet utifrån resultatet i öppna jämförelser.

Enligt uppgift arbetar socialförvaltningen med analys av samtliga nyckeltal som är kopplade till de strategiska uppdrag som framtagits utifrån resultat i de mätningar, däribland officiella statistikinsamlingar, som förvaltningen deltar i. I denna officiella statistik ingår bland annat resultat i öppna jämförelser. Förutom officiell statistik följs även exempelvis avvikelser, synpunkter, klagomål, rapportering av lex Sarah och lex Maria samt ökad uppföljning av genomförandeplaner, utveckling av värdegrundsarbete samt personalkontinuiteten hos brukarna. Vidare anges att socialförvaltningen arbetar med kostnad per brukare (KBP), som är en metod för att beräkna kommunens kostnader för insatser kopplade till omsorgen om äldre samt personer med funktionsnedsättning.

Genom intervjuerna lyfts tankar om för- och nackdelar med offentligt insamlad statistik såsom öppna jämförelser. Exempelvis anser några av de intervjuade att siffrorna i öppna jämförelser inte är kvalitetssäkrade i tillräcklig utsträckning, att de frågor som ställs till brukare ibland är konstigt ställda samt att det ofta är anhöriga som besvarar frågorna. Därför har socialförvaltningen valt att använda olika former av undersökningar, statistik och nyckeltal när det gäller arbetet med att öka kvaliteten inom äldreomsorgen.

Inom de olika verksamheterna som granskats uppges att det inom en del verksamheter arbetar med kvalitetsutveckling utifrån resultat i öppna jämförelser. Inom dessa verksamheter prioriteras sedan områden från öppna jämförelser som enheten ska jobba med under det kommande året. Även resultat från andra nationella kvalitetsregister används i en del verksamheter för arbetet med kvalitetsutveckling.

Vid delårsrapport och årsbokslut ska socialförvaltningens enheter lämna en sammanställning av den kvalitetssäkring som genomförts på enheten. Kvalitetssäkring innebär, enligt uppgift, i detta sammanhang analys av inkomna resultat, fastställande av målsättning samt systematisk granskning och planering för eventuella åtgärder.

Detta sammanställs sedan och redovisas i kvalitetsberättelsen för förvaltningen samt i patientsäkerhetsberättelsen, delårsrapporteringen och årsbokslutet. Arbetssättet är förhållandevis nytt och under implementering inom socialförvaltningen.

Bedömning

På övergripande nivå används resultaten av bland annat officiellt insamlad statistik, däribland resultaten i öppna jämförelser för att identifiera och ta fram de strategiska uppdrag som förvaltningen årligen ska arbeta med.

I några av de verksamheter som berörs av granskningen arbetas det med kvalitetsutveckling utifrån nyckeltal öppna jämförelser och andra nationella kvalitetsregister.

3.5. Uppföljning

Nämnden följer upp kvalitetsarbetet årligen genom en samlad kvalitetsberättelse. Den första samlade kvalitetsberättelsen upprättades för år 2015 och i april 2016 behandlade nämnden den. Vidare uppges att det strategiska uppdraget att upprätta och utveckla kvalitetsledningsarbetet och kvalitetsledningssystemet följs upp kontinuerligt av nämnden.

Genom intervjuer framkommer det att, efter att nämnden hanterat kvalitetsberättelsen, det är avdelningschefernas och enhetschefernas ansvar att sprida resultatet i kvalitetsberättelsen till sina respektive personalgrupper. Av granskningen framgår att det inom samtliga granskade verksamheter behöver tydliggöras hur återkoppling av resultatet i kvalitetsarbetet ska ske och hur verksamheten kan använda sig av resultatet.

En patientsäkerhetsberättelse ska ha upprättats av vårdgivaren senast 1 mars varje år. Inom Gällivare kommun är det MAS som ansvarar för att upprätta patientsäkerhetsberättelsen. Även patientsäkerhetsberättelsen innehåller uppföljning av kvalitetsparametrar, till exempel avseende medicinska avvikelser och vad som gjorts under året för att öka patientsäkerheten.

Under året följer nämnden även kontinuerligt upp de anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria som upprättats inom förvaltningen. Även mer allvarliga avvikelser och synpunkter kommer till nämndens kännedom.

Bedömning

Vår bedömning är att nämnden följer upp kvalitetsarbetet i tillräcklig utsträckning genom den samlade kvalitetsberättelsen samt genom patientsäkerhetsberättelsen. Vi noterar dock att det finns utvecklingspotential avseende spridningen av resultatet i kvalitetsberättelsen samt patientsäkerhetsberättelsen till berörd personal ute i verksamheterna.