

Kommunrevisorerna informerar

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldrenämnden

Granskningens inriktning

Den som bedriver socialtjänst ansvarar för att det finns ett ledningssystem i verksamheten. Ledningssystemet ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Socialstyrelsen konstaterar att "... verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten."

Om verksamheten inte uppfyller befintliga krav återfinns en avvikelse som alltid ska åtgärdas. Vad gäller avvikelser skriver Socialstyrelsen att "... avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen". Vid missförhållanden eller vid risker för missförhållanden ska alltid en lex Sarah (omsorg) alternativt lex Maria (hälso- och sjukvård) upprättas.

Resultat

Granskningen visar att det finns ett politiskt fastställt styrdokument för nämndens kvalitetsledningssystem som samlar och beskriver tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). Utifrån kvalitetsledningssystemet har ett antal rutiner och styrdokument upprättats som konkretiserar arbetssätt och processer.

Av granskningen framgår att arbetet dock inte är fullt ut genomfört i praktiken. Det saknas tydliga och enhetliga arbetssätt för riskanalys och egenkontroll. Det saknas ett formaliserat och reglerat arbetssätt som anger när, hur och vem riskanalyser ska genomföras, vilket gör att arbetet riskerar att bli personbundet när det saknas gemensamma och konkretiserade instruktioner. Egenkontroller genomförs dels inom verksamheternas egenkontrollplaner, dels genom nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. Arbetet med egenkontroller är dock inte lika tydligt på enhetsnivå.

För klagomål och synpunkter finns rutiner som beskriver ansvar, hantering och återkoppling. Det sker också en analys och redovisning i nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. Det saknas dock ett tydligt arbetssätt för hur dessa analyser ska omsättas i konkreta förbättringsåtgärder på verksamhetsnivå. I vår stickprovsgranskning noterade vi även vissa brister i hanteringen av klagomål och synpunkter.

För avvikelserhantering finns etablerade rutiner som tydliggör ansvarsfördelning, process och krav på dokumentation. Det finns dock en bristande struktur i rutinbiblioteket där rutinerna ska samlas, vilket kan försvåra tillgängligheten för medarbetare. Granskningen visar att avvikelser lyfts i flera olika forum och att stickprov och enkäter genomförs, uppföljning och analys främst årligen och redovisas i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelserna. Även om förbättringsområden identifieras genom detta arbete, bedöms det saknas en sammanhängande och tydlig struktur för att omsätta resultaten av i konkreta och uppföljningsbara åtgärder. I vår stickprovsgranskning noterade vi även vissa brister i hanteringen av avvikelser.

För missförhållanden och risker för missförhållanden finns det etablerade rutiner som tydliggör hur dessa ska rapporteras, utredas och åtgärdas samt hur informationen ska spridas inom organisationen och anmälas till IVO. Nämnden har återkommande informerats om missförhållanden och genomförda lex Sarah-utredningar. I vår stickprovskontroll noteras dock brister avseende dokumentation och bedömning av framtida risk och allvarlighetsgrad. Därtill bedöms att alla ärendena inte handlagts skyndsamt. I två ärenden har lex Sarah-rapport inte upprättats genast vid kännedom om uppgifter inom ramen för en avvikelserapport och i ett ärende har själva lex Sarah-utredningen inte genomförts skyndsamt.

Gällande personalens kompetens gällande kvalitetsarbetet finns det en ansvarsfördelning gällande upprättande och implementering av rutiner samt introduktionsmaterial som innehåller moment såsom lex Sarah, klagomål och

avvikelser. Vidare finns en utbildningsplan och ett utbildningsråd som syftar till att samordna kompetensutveckling samt strukturer för att identifiera individuella utvecklingsbehov via medarbetarsamtal.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att äldrenämnden endast delvis säkerställt ett systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen.

Rekommendationer

Utifrån våra bedömningar rekommenderar vi äldrenämnden att:

- Upprätta styrdokument som formaliserar och tydliggör egenkontrollarbetets syfte, omfattning och genomförande.
- Upprätta styrdokument som tydliggör hur och när riskanalyser inom ramen för kvalitetsledningssystemet ska genomföras på olika nivåer i organisationen.
- Säkerställa att resultaten från övergripande analyser av klagomål och synpunkter omsätts i konkreta och uppföljningsbara åtgärder.
- Säkerställa att inkomna klagomål och synpunkter utreds, analyseras och att återkoppling ges till berörd enligt gällande rutiner.
- Säkerställa att resultaten från övergripande analyser av avvikelser omsätts i konkreta och uppföljningsbara åtgärder.
- Säkerställa att avvikelser utreds enligt gällande rutiner.
- Säkerställa att lex Sarah-rapportering samt utredning sker skyndsamt samt att bedömning om framtida risk och allvarlighetsgrad sker i samtliga lex Sarah-utredningar.
- Säkerställa att kvalitetsledningssystemet regelbundet följs upp och utvecklas, med särskilt fokus på att förbättra struktur och sökbarhet i rutinbiblioteket, så att medarbetare har enkel tillgång till gällande rutiner.