

Revisionsrapport

Kvalitetslednings- arbetet

Övertorneå kommun

Jenny Krispinsson,
cert. kommunal revisor

Erik Jansen

April 2017

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattande bedömning	1
2.	Inledning	3
2.1.	Bakgrund	3
2.2.	Syfte, revisionsfråga och kontrollmål.....	3
2.3.	Revisionskriterier	4
2.4.	Metod och avgränsning	4
3.	Granskningsresultat	5
3.1.	Kvalitetsledningsarbetet.....	5
3.1.1.	Processbeskrivning.....	6
3.1.2.	Samverkan	6
3.1.3.	Risikanalys	6
3.1.4.	Egenkontroll	6
3.1.5.	Avvikelser.....	7
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.	Uppföljning.....	11

Maj 2017

Jenny Krispinsson

Projektledare

Hans Forsström

Uppdragsledare

1. *Sammanfattande bedömning*

På uppdrag av revisorerna i Övertorneå 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 delvis 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:

Kvalitetsledningssystemet

- Det finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar de områden som anges i socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd. Dock pågår ett arbete med att identifiera, beskriva och fastställa processer, samt koppla rutiner och riktlinjer till dessa processer inom framförallt IFO. Ett utvecklingsområde är även personalens medverkan i kvalitetsarbetet.

Förankring av kvalitetsledningsarbetet

- Till övervägande del finns förutsättningar för att bedriva ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete inom socialnämndens verksamheter. Detta utifrån att ett kvalitetsledningssystem har tagits fram och fortsatt är under utveckling samt att förankring av såväl systemet som kvalitetsledningsarbetet i sig pågår inom förvaltningen.
- Vad gäller nämndens styrning av kvalitetsarbetet så har nämnden beslutat om att ett kvalitetsledningssystem ska inrättas samt kontinuerligt följt upp hur framtagande av kvalitetsledningssystemet fortlöpt. Vidare får nämnden årligen till sig en patientsäkerhetsberättelse och annan rapportering där bland annat kvalitetsarbetet under det föregående året beskrivs.
- Kvalitetsledningsarbetet är förankrat hos nämnden och förvaltningsledningen. Förankringen har dock ännu inte nått ut till den personal som arbetar i de granskande verksamheterna i tillräcklig utsträckning. Insatser planeras och genomförs för att implementera kvalitetsledningsarbetet och tillhörande system hos de som berörs av dem.

System och rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter samt anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria samt tillämpning av dessa

- Det finns system och rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah och lex Maria. Tillämpningen av dessa rutiner är dock inte 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 och lex Maria innebär. Detta medför att det finns en risk att tillräcklig rapportering inte sker avseende framförallt avvikelser.
- Implementeringen av de rutiner som finns, samt de som upprättas och revideras, behöver förbättras för att säkerställa att rutiner når ut och tillämpas i de verksamheter som är närmast kunden och brukaren. Det är även av vikt att nämnden säkerställer att samtliga medarbetare har tillräckligt med tid avsatt för bland annat dokumentation och avvikelse rapportering.

Uppföljning

- Nämnden har i begränsad utsträckning följt upp kvalitetsarbetet i tillräcklig utsträckning. Till viss del följs kvalitetsarbetet upp genom patientsäkerhetsberättelsen och genom andra återrapporteringar från verksamheterna till nämnden. För 2016 saknas en kvalitetsberättelse som täcker upp alla de områden där kvalitets- och förbättringsarbete sker inom socialförvaltningen. En ändamålsenligt utformad kvalitetsberättelse skulle kunna hjälpa till att lyfta fram och förtydliga för såväl medarbetare, medborgare och andra intressenter hur nämnden och förvaltningen jobbar med kvalitets- och förbättringsfrågor i sina verksamheter.
- Det är inte säkerställt att resultat av kvalitetsuppföljningar används i tillräcklig utsträckning för att utveckla kvaliteten inom socialnämndens verksamhetsområden.

Rekommendationer

Utifrån vår granskning vill vi lämna följande rekommendationer till socialnämnden:

- Att socialnämnden säkerställer att kvalitetsledningsarbetet är förankrat hos personal inom socialnämndens verksamheter samt att personalen har möjlighet att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.
- Att socialnämnden säkerställer att de rutiner och system som finns avseende avvikelshantering, Lex Sarah och Lex Maria, är implementerade hos all personal som berörs av dem samt att rutinerna och systemen tillämpas i tillräcklig utsträckning.
- Att nämnden säkerställer en tillräcklig uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet och att resultat av kvalitetsuppföljningar används för att utveckla kvaliteten i verksamheterna.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

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

Enligt den lagstiftning och det 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, revisionsfråga och kontrollmål

Syftet med granskningen är 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 ska 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?
- 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 policies och mål inom området

2.4. Metod och avgränsning

Granskningen har genomförts genom:

- Insamling och analys av adekvat dokumentation och statistik
- Upprättande av intervjuguide och granskningsprogram
- Intervjuer med nämndsordförande, socialchef, MAS, enhetschefer samt kvalitetsutvecklare
- Gruppintervjuer med personal från särskilda boenden, hemtjänst, korttidsboende samt LSS-verksamhet
- Upprättande av revisionsrapport

Revisionsobjektet i granskningen är socialnämnden. Granskningen avgränsas i övrigt till kvalitetsarbetet på övergripande nivå, samt till:

- Två enheter vid särskilda boenden
- Två enheter inom hemtjänsten
- En enhet vid korttidsboende
- Två 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.

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 Övertorneå beslutade 2012-03-14 att införa ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter 2011:9. I socialnämndens protokoll från 2013 framgick att kvalitetsledningssystemet skulle börja byggas under 2013. I ett nämndprotokoll från juni samma år framgick att ett kvalitetsledningssystem tagits fram och att nämnden antagit det, liksom ett årshjul för uppföljning av kvalitetsarbetet.

Under 2014 köptes två system, Stratsys och 2C8 som är integrerade med varandra, in som stöd för kvalitetsledningsarbetet inom socialnämndens verksamhetsområden. Genom intervjuer beskrivs att det dröjde till 2015/2016 innan ett arbete påbörjades med att kartlägga processer inom socialförvaltningen samt att bygga kvalitetsledningssystemet i Stratsys och 2C8. I samband med omstarten av arbetet med kvalitetsledningssystemet fick kvalitetsutvecklaren inom socialförvaltningen i uppdrag att ansvar för att bland annat utveckla kvalitetsledningsarbetet och de tillhörande tekniska systemen.

Arbetet med att utveckla kvalitetsledningsarbetet och bygga strukturer i de tekniska systemen har dels skett med hjälp av extern konsult, men även till stor del i samverkan med förvaltningsledningen och personal från en del verksamheter. Vid granskningstillfället pågick ett arbete med att kartlägga och beskriva processer inom individ- och familjeomsorgen (IFO). Personalomsättning inom IFO uppges ha medfört att arbetet med kvalitetsledningssystemet inom IFO:s verksamhetsområde tidigare har fått stå tillbaka.

De två systemen, Stratsys och 2C8 finns tillgängligt för all personal inom socialförvaltningen. Inom flertalet enheter finns även pärmar med rutiner och riktlinjer kopplade till kvalitetsarbetet, men dessa ska enligt de intervjuade fasas ut under 2017. Från 2018 uppges att alla rutiner och riktlinjer enbart ska finnas i de tekniska systemen.

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 och socialförvaltningen i Övertorneå 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 att många av processerna inom socialförvaltningen är identifierade, beskrivna och fastställda. Vidare framgår att det pågår ett arbete med att beskriva processerna inom IFO.

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 beskrivna processer och rutiner för samverkan. Inom IFO pågår ett arbete med att beskriva processer inkl. processer där samverkan behövs.

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 granskningen framgår att riskanalyser genomförts för flera av socialnämndens verksamheter.

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 de egenkontroller som ska genomföras under 2017 finns inlagda i de stödsystem som används i kvalitetsledningsarbetet. För 2016 har följande egenkontroller genomförts:

- Kontroll av att genomförandeplaner upprättats
- Uppföljning av brukarundersökningar
- Redovisning och analys av avvikelser
- Kontroll att avvikelser följts upp enligt rutin
- Kontroll av skyddsronde och brandskyddskontroll

Resultatet av egenkontroller rapporterades till socialnämnden i januari 2017. Vidare lyfts det fram att egenkontrollerna inom kvalitetsledningsarbetet till viss del är sammanvävda med den interna kontroll som genomförs inom socialnämndens verksamheter.

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 fastställda processer och rutiner. Av intervjuerna framgår behov av att ytterligare implementera kvalitetsledningsarbetet och stödsystem hos en del enheter inom socialförvaltningen.

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

I 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 2016. Vidare lyfts det fram att det pågår ett arbete med att utveckla en ny mall för patientsäkerhetsberättelsen.

Av granskningen framgår även att en kvalitetsberättelse inte har tagits fram för socialnämndens verksamheter 2016. Några av de intervjuade lyfter fram att upprättande av en sammanhållen kvalitetsberättelse är ett "bör" och inte ett "ska" i socialstyrelsens föreskrifter. Av intervjuade framgår att det pågår ett arbete med att se över hur en mall för kvalitetsberättelsen kan se ut och vad den bör innehålla. Ambitionen finns att en kvalitetsberättelse ska upprättas enligt denna mall för 2017 när det blir aktuellt.

Bedömning

Vi bedömer att det finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar de områden som anges i socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Vi noterar dock att det pågår ett arbete med att identifiera, beskriva och fastställa processer, samt koppla rutiner och riktlinjer till dessa processer inom framförallt IFO.

Vidare är vår uppfattning att personalens medverkan i kvalitetsarbetet är ett utvecklingsområde.

3.2. Förankring av kvalitetsledningsarbetet

Som nämnts tidigare så beslutade socialnämnden i Övertorneå 2012-03-14 att införa ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Vid granskningstillfället fanns kvalitetsledningssystemet digitalt i stödsystemet Stratsys och 2C8 samt till viss del, och då främst i form av rutiner och riktlinjer för t.ex. avvikelshantering, i pärmar ute på enheterna. Enligt uppgift ska pärmarna fasas ut under 2017 och sedan ska de rutiner och riktlinjer som finns kopplade till kvalitetsarbetet enbart finnas digitalt i stödsystemen. Detta eftersom det finns en risk att 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 hos nämnden, detta genom att nämnden har beslutat om ledningssystemets införande samt följt upp framtagandet av systemet. Nämnden får även årlig återrapportering avseende exempelvis upprättade avvikelser, synpunkter och klagomål samt anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria. Årligen upprättas en patientsäkerhetsberättelse som nämnden får till sig.

Inom förvaltningsledningsgruppen är kvalitetsledningsarbetet välkänt och det beskrivs genom intervjuerna att utvecklingen av kvalitetsledningsarbetet till stor del skett inom ledningsgruppen. I ledningsgruppen ingår socialchefen och alla enhetschefer inom socialförvaltningen, kommunens MAS samt kvalitetsutvecklaren, som haft ett särskilt ansvar i upprättandet av kvalitetsledningssystemet.

Av intervjuer med personal framgår att kvalitetsledningssystemet och kvalitetsledningsarbetet fortfarande är relativt okänt hos en stor del av personalen ute i de

granskade verksamheterna. Hos några enheter, framförallt inom LSS, har personal varit involverad i arbetet med att identifiera och beskriva processer samt upprätta rutiner till dessa processer. Denna medverkan har setts som positivt av personalen. Inom flertalet enheter har dock personalen ännu inte varit involverade i arbetet med kvalitetsledningssystemet, även om de fått information om systemet.

Den del av kvalitetsarbetet som är mest känt i verksamheterna är hantering av synpunkter och klagomål, rapportering av avvikelser samt rapporterings-skyldigheten enligt lex Sarah och lex Maria. Vår granskning visar dock att kännedomen om dessa rutiner varierar mellan de granskade verksamheterna.

Bedömning

Vi bedömer att det till övervägande del finns förutsättningar för att bedriva ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete inom socialnämndens verksamheter. Detta utifrån att ett kvalitetsledningssystem har tagits fram och fortsatt är under utveckling samt att förankring av såväl systemet som kvalitetsledningsarbetet i sig pågår inom förvaltningen.

Vad gäller nämndens styrning av kvalitetsarbetet så har nämnden beslutat om att ett kvalitetsledningssystem ska inrättas samt följt upp hur framtagande av kvalitetsledningssystemet fortlöpt. Vidare får nämnden årligen till sig en patientsäkerhetsberättelse och annan rapportering där bland annat kvalitetsarbetet under det föregående året beskrivs. Vi noterar dock att det hittills inte har upprättats någon sammanhållen kvalitetsberättelse, vilket *bör* göras enligt socialstyrelsens föreskrifter.

Kvalitetsledningsarbetet är förankrat hos nämnden och förvaltningsledningen. Vi bedömer dock att förankringen ännu inte har nått ut till den personal som arbetar i de granskade verksamheterna i tillräcklig utsträckning. Vi noterar att insatser planeras och genomförs för att implementera kvalitetsledningsarbetet och tillhörande system hos de som berörs av dem.

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. Rutinerna finns såväl digitalt i kvalitetsledningssystemet, som i pappersform i pärmar ute på de olika enheterna. Vid granskningstillfället skedde avvikelserapportering hos de granskade verksamheterna i pappersform, där personalen fyllde i blanketter för hand och lämnade dessa till enhetschef och/eller ansvarig sjuksköterska. I intervjuer lyftes det dock fram att ett nytt system för hantering av avvikelser ska införas under 2017, vilket innebär att all avvikelshantering framöver ska ske digitalt.

Avvikelse utreds av berörd enhetschef eller sjuksköterska, beroende på avvikelserns karaktär. Avvikelse tas därefter upp på arbetsplatsträffar och enheten försöker sedan följa upp och förbättra kvaliteten utifrån erfarenheten som avvikelserna medfört.

Kommunens MAS sammanställer avvikelser enhetsvis samt för hela socialförvaltningen. Statistiken rapporteras minst en gång per år till socialnämnden. MAS:en ansvarar även för att utreda anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria.

Av de intervjuer vi har genomfört för granskningen framkommer att kännedomen om de rutiner som finns avseende avvikelser, synpunkter och klagomål, lex Sarah och lex Maria varierar hos personalen ute i de verksamheter som berörs av granskningen. Exempelvis är kunskapen om vad lex Sarah och lex Maria innebär, inte tillräckligt stor hos en del av dessa verksamheter. Kännedomen om vad som ska resultera i en avvikelse samt hur avvikelser ska dokumenteras uppges vara relativt god och något som enhetscheferna pratar om med sin personal vid arbetsplatsträffar. Några av de intervjuade tror 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.

Genom flertalet intervjuer framhålls att det är troligt att det finns ett mörkertal vad gäller avvikelser och att avvikelser inte alltid upprättas när något som föranlett en avvikelse inträffat. Detta uppges bland annat bero på att det inte är helt tydliggjort vad som ska resultera i en avvikelse, språksvårigheter och att det uppfattas vara tidskrävande att skriva avvikelser. Några av de intervjuade lyfter fram att det inte avsätts tillräcklig med tid för dokumentation inom framförallt hemtjänsten.

Vad gäller synpunkter och klagomål som inkommer så uppges att dessa framförallt hanteras av berörd enhetschef. Beroende på klagomålets eller synpunktens karaktär tas det även upp vid enhetens arbetsplatsträffar. Flera av de intervjuade uppger att det är otydligt vem som ska sammanställa de klagomål och synpunkter som inkommit och vad som ska ske med en sådan sammanställning. För att komma till rätta med det har en ny rutin för området tagits fram.

I några intervjuer lyfts vikten av att framförallt enhetschefer arbetar aktivt med att implementera de rutiner som upprättas och revideras. Genom intervjuerna beskrivs att det varit en viss omsättning på enhetschefer inom socialförvaltningen de senaste åren och att detta ibland medfört utmaningar kring att sprida information till baspersonalen.

Bedömning

Vi bedömer 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 bedömer vi 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 och lex Maria innebär. Utifrån detta gör vi även bedömningen att det finns en risk att tillräcklig rapportering inte sker avseende framförallt avvikelser.

¹ Avvikelse enligt socialtjänstlagen

Vidare bedömer vi att implementeringen av de rutiner som finns, samt de som upprättas och revideras, behöver förbättras för att säkerställa att rutiner når ut och tillämpas i de verksamheter som är närmast kunden och brukaren. Det är även av vikt att nämnden säkerställer att samtliga medarbetare har tillräckligt med tid avsatt för bland annat dokumentation och avvikelserapportering.

3.4. Uppföljning

Socialnämnden har hittills följt upp patientsäkerhetsarbetet och till viss del även kvalitetsarbetet genom patientsäkerhetsberättelsen, som ska ha upprättats senast 1 mars varje år. I Övertorneå kommun är det MAS:en som ansvarar för att upprätta patientsäkerhetsberättelsen. Utöver detta har nämnden efterfrågat information om de olika verksamheterna och fått rapportering av berörda enhetschefer på nämndssammanträden. Av protokollsgranskningen framgår att nämnden de senaste åren ibland även begärt extra rapportering av avvikelser samt inkomna anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria. Nämnden har även följt upp arbetet med att upprätta kvalitetsledningssystemet.

Som nämnts i tidigare avsnitt i denna rapport så har nämnden inte efterfrågat någon sammanhållen kvalitetsberättelse för 2016 eller något av de föregående åren. Att upprätta en sådan kvalitetsberättelse är ett bör enligt socialstyrelsens föreskrifter. Enligt de intervjuade pågår ett arbete med att ta fram en mall för hur kvalitetsberättelsen kan se ut och utformas. Ambitionen är att en kvalitetsberättelse ska tas fram för 2017.

I några av intervjuerna framgår att det finns ett visst behov av att säkerställa att de resultat som framkommer av uppföljning och kontroller av parametrar och indikatorer kopplade till kvalitet också används i det kontinuerliga kvalitets- och förbättringsarbetet. Detta gäller på såväl övergripande nivå inom socialförvaltningen som ute på de olika enheterna. För granskningen har vi inte fått till oss någon dokumentation som påvisar hur resultat av uppföljning av kvalitetsarbete använts för att utveckla kvaliteten inom nämndens verksamhetsområden.

Bedömning

Vi bedömer att nämnden i begränsad utsträckning följer upp kvalitetsarbetet i. Till viss del följs kvalitetsarbetet upp genom patientsäkerhetsberättelsen och genom andra återrapporteringar från verksamheterna till nämnden.

Vi bedömer att det för 2016 saknas en kvalitetsberättelse som täcker upp alla de områden där kvalitets- och förbättringsarbete sker inom socialförvaltningen. En ändamålsenligt utformad kvalitetsberättelse skulle kunna hjälpa till att lyfta fram och förtydliga för såväl medarbetare, medborgare och andra intressenter hur nämnden och förvaltningen jobbar med kvalitets- och förbättringsfrågor i sina verksamheter.

Vidare bedömer vi att det inte är säkerställt att resultat av kvalitetsuppföljningar används i tillräcklig utsträckning för att utveckla kvaliteten inom socialnämndens verksamhetsområden.