

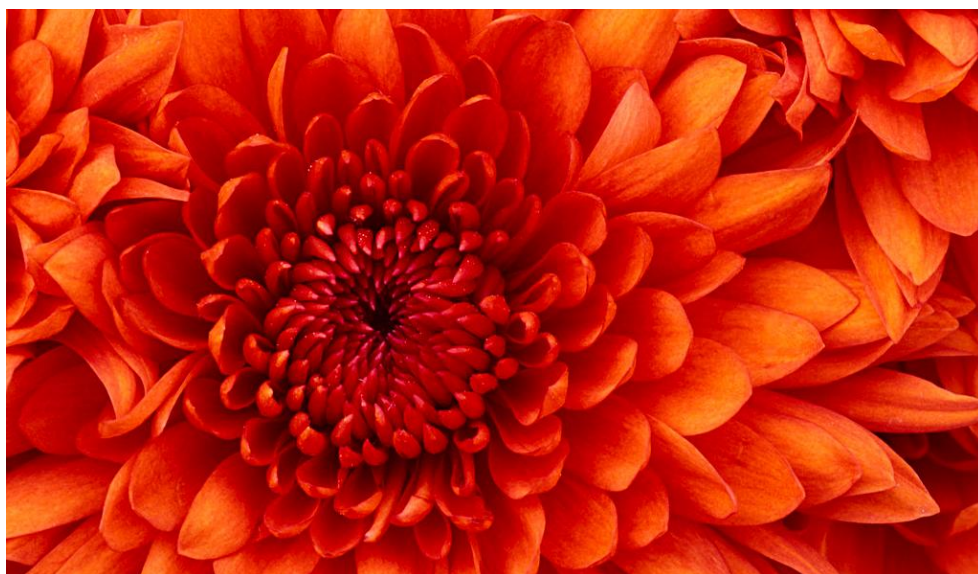
Revisionsrapport  
***Socialnämndens  
kvalitetsledningssystem***

***Skellefteå kommun***

*Therese Runarsdotter  
Cert. kommunal revisor*

*Christina Karlsson  
Konsult*

*December 2012*



# Innehållsförteckning

<b>1.</b>	<b>Sammanfattning och revisionell bedömning</b> .....	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
2.1.	Bakgrund .....	3
2.2.	Revisionsfråga .....	3
2.3.	Revisionskriterier .....	3
2.4.	Revisionsmetod och avgränsning.....	3
2.5.	Lagar och styrdokument.....	4
2.5.1.	Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen .....	4
2.5.2.	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	5
	(SOSFS 2011:9).....	5
2.5.3.	Patientsäkerhetslagen .....	6
2.5.4.	Nationell värdegrund .....	6
<b>3.</b>	<b>Granskningsresultat</b> .....	<b>7</b>
3.1.	Definition av kvalitetsbegreppet .....	7
3.1.1.	Äldreguiden .....	8
3.2.	Organisation och styrning av kvalitetsarbetet .....	8
3.2.1.	Organisation och övergripande ansvarsfördelning .....	8
3.2.2.	Nämndens mål/styrning.....	9
3.2.3.	Kvalitetsbeskrivning och kvalitetsgarantier .....	10
3.3.	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) .....	11
3.3.1.	Struktur och arbetssätt för kvalitetssystemets införande .....	11
3.4.	Uppföljning och intern kontroll .....	18

# 1. **Sammanfattning och revisionell bedömning**

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Skellefteå kommun har PwC genomfört en granskning avseende kvalitetssystem inom omsorgen för äldre och funktionshindrade. Syftet med granskningen har varit att pröva om arbetet med kvalitetssystemet sker på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll.

Vår sammanfattande bedömning är att socialnämndens arbete med kvalitetsledningssystemet sker på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll. Vår bedömning baseras bl.a. på följande iakttagelser:

- Socialnämnden har under 2012 beslutat om ett nytt ledningssystem utifrån SOSFS 2011:9 och förvaltningen har fått i uppdrag att säkerställa att systemet minst omfattar de områden som anges i lagstiftning och SOSF 2011:9. Ett intensivt arbete pågår med att strukturera upp systemet samt fylla det med adekvat information. Vid granskningstillfället uppfyller systemet till relativt stora delar de krav som ställts i SOSFS 2011:9.
- Förvaltningen har upprättat en tydlig organisation och plan för hur kvalitetsarbetet ska bedrivas. Ansvar/roller har tydliggjort i alla led samt utifrån ledningssystemets områden. En delegationsordning av administrativt ansvar och arbetsuppgifter har upprättats utifrån socialnämndens ledningssystem.
- Granskningen visar att det bedrivs ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete som i många delar är väl förankrat hos ledning och personal. Förvaltningen genomför brukarenkäter, nämnden har antagit kvalitetsmål i form av serviceförklaringar, kvalitetsbeskrivningar och kvalitetsgarantier har upprättats. Vidare har kvalitetsråd etablerats på äldreboendena för ökad delaktighet hos personal i verksamheterna. Upplevelsen bland ledning och personal är att det överlag råder en god delaktighet i kvalitetsarbetet.
- Socialnämndens styrning och kontroll inom området bedöms i stort vara tillräcklig. Nämnden har beslutat om nytt ledningssystem, har antagit mätbara mål som sedan har brutits ner till enhetsnivå. Vidare får nämnden fortlöpande återrapportering av måluppfyllelse, kvalitetsarbetet, pågående projekt kring ledningssystemet m.m. Vidare erhåller nämnden uppföljning av bl.a. avvikelserapportering, internkontrollplan, kvalitetsrevisioner, brukarundersökningar, nationella jämförelser etc.

Vidare visar granskningen att ledning och personal är mycket positiva till införandet av det nya ledningssystem och många anser att det varit efterlängtat. En stor utmaning framöver upplevs dock vara att informera och implementera det nya ledningssystemet så att samtliga anställda i organisationen kommer att använda det framgent. Vi menar att implementeringen bör vara en fortsatt prioriterat fråga för nämnd och förvaltning.

Granskningen visar även att det finns ett antal utvecklingsområden, bl.a. inom dokumentation samt avvikelshantering.

Utifrån genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer:

- Att nämnden säkerställer att det upprättas ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för handläggning och dokumentation inom samtliga verksamhetsområden. Ansvar och krav på dokumentation utifrån SoL bör även förtydligas.
- Att nämnden säkerställer att all personal erhåller tillräcklig utbildning i verksamhetssystemet Procapita så att ändamålsenlig dokumentation erhålls. Vi anser även att det är viktigt att det avsätts tid för personalen för administration/dokumentation.
- Att nämnden säkerställer att det upprättas ändamålsenliga riktlinjer och rutiner för avvikelshantering samt synpunkter och klagomål. Vidare är det av stor vikt att nämnden följer upp att dessa områden fungerar framöver.

## **2. Inledning**

### **2.1. Bakgrund**

Kommunens revisorer har i 2012 års revisionsplan beslutat att det ska ske en granskning av kvalitetssystem inom omsorgerna för äldre och funktionshindrade. Valet av granskningsinsats har skett utifrån en bedömning av risk och väsentlighet.

I jämförelse med andra kommuner satsar Skellefteå förhållandevis stora resurser på omsorg till äldre och funktionshindrade. Enligt lagstiftningen har kommunen ett ansvar för att insatser inom området ska vara av god kvalitet. Därutöver har Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem inom området. Bristfälliga system och rutiner kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett sätt.

Ansvar för kommunens omsorg för äldre och funktionshindrade vilar på socialnämnden.

### **2.2. Revisionsfråga**

Syftet med granskningen är att pröva om arbetet med kvalitetssystem sker på ett ändamålsenligt sätt och med tillräcklig intern kontroll. Granskningen ska besvara följande kontrollmål:

- Finns ett dokumenterat kvalitetssystem som omfattar de områden som anges i lagstiftning och socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd?
- Är ansvaret för kvalitetsarbetet tydligt och finns en tydlig organisation och plan för hur det ska bedrivas?
- Bedrivs ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete som är väl förankrat hos ledning och personal?
- Är nämndens styrning och kontroll inom området tillräcklig?

### **2.3. Revisionskriterier**

Revisionskriterier är det underlag som revisionens bedömningar grundas på. I granskningen av nämndens kvalitetssystem utgörs revisionskriterierna av följande lagar, föreskrifter och allmänna råd samt dokument:

- Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem
- Nämndens policies och mål inom området

### **2.4. Revisionsmetod och avgränsning**

Granskningen har avgränsats till kvalitetsarbetet på övergripande nivå samt till tre vårdboenden inom äldreomsorg respektive funktionshindrade. Urval av boende har skett utifrån en bedömning av risk och väsentlighet. I tid avgränsas granskningen främst till år 2012. I övrigt se revisionsfråga/kontrollmål.

Genomgång har skett av lagar, författningar, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, kommunens styrdokument och kvalitetsledningssystem, kvalitetsundersökningar, uppföljningar m.m.

Intervjuer har genomförts med nämndens ordförande, socialchef, ansvarig kvalitetsledare för ledningssystemet, chefscontroller med ansvar för bl.a. verksamhetsutveckling, MAS, verksamhetsutvecklare inom handikappomsorgen, utvecklingschef inom äldreomsorgen, avdelningschefer, verksamhetschefer, distriktschefer inom äldreomsorgen, boendechefer samt vårdpersonal.

Intervjuade tjänstemän har getts tillfälle att faktagranska rapporten.

## **2.5. Lagar och styrdokument**

### **2.5.1. Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen**

Kommunernas ansvar för service och omsorg regleras i socialtjänstlagen (SoL) och ansvaret för hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

SoL är en ramlag som anger riktningen för bl a äldreomsorgen och funktionshindrade. Enligt 5 kap. 4 § SoL ska socialtjänsten verka för att äldre får möjlighet att leva och bo under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Vidare skall socialnämnden verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Nämnden skall medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

En av de viktigaste principerna i SoL är att verksamheten ska präglas av en helhetsyn på individen och dennes behov – där sociala, fysiska, medicinska, psykiska och existentiella behov ska beaktas.

Vidare anger SoL att all verksamhet skall vara av god kvalitet där det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (SoL kap 3 § 3). Detta ställer krav på att kommunerna skall ha ett kvalitetssystem för all verksamhet inom socialtjänsten.

Varje kommun skall enligt 18 § HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 20 §, 2 st. och 21 §, 3:e SoL. Ansvaret avser hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor med behov av särskilt stöd, bl.a. ålderdomshem, servicehus, gruppboende och sjukhem. Ansvaret omfattar även hälso- och sjukvård i bostäder med särskild service för funktionshindrade i alla åldrar som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring. Kommunen skall även erbjuda god hälso- och sjukvård åt dem som vistas i daglig verksamhet som omfattas av 10 § SoL samt erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för funktionshindrade i samband med sådan hälso- och sjukvård som omfattas av kommunens vårdansvar.

Enligt 28 § HSL skall ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseff-

fektivitet. Enlig 29 § HSL skall det inom hälso- och sjukvården finnas en verksamhetschef<sup>1</sup>. Enligt 31 § HSL ska kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvård systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

### *2.5.2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)*

Socialstyrelsen beslutade under år 2011 om nya, gemensamma föreskrifter och allmänna råd (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dessa trädde i kraft den 1 januari 2012 och är tillämpliga inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst samt inom verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Därmed upphävdes de tidigare föreskrifterna SOSFS 2005:12 om kvalitetssystem för HSL-insatser samt SOSFS 2006:11 om kvalitetssystem enligt SoL, LVU, LVM och SoL. Föreskrifter är tvingande medan allmänna råd är rekommendationer.

De nya föreskrifterna och allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas och anger att det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

En viktig förändring som tillkommit i SOSFS 2011:9 är att en definition av kvalitet har införts; Den som bedriver verksamhet skall säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Ovanstående definition av kvalitet är grunden för hur ledningssystemet ska vara uppbyggt och hur det ska användas. Detta ställer krav på att den som bedriver verksamheten har kunskap om de för verksamheten relevanta kraven och målen i lagarna och andra föreskrifter. Den som bedriver verksamhet kan välja att ställa ytterligare krav på verksamheten genom att sätta egna mål eller följa krav i olika standarder. Det är möjligt förutsatt att sådana krav eller mål inte står i strid med gällande författningar.

Vidare ställer föreskrifterna och allmänna råden bl.a. krav på att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar kvaliteten i verksamheten. I detta arbete måste ansvarig för kvalitetsledningssystemet klargöra vilken verksamhet som bedrivs samt göra en kartläggning av vilka mål och som gäller för respektive verksamhet. Vidare ska den som bedriver verksamhet bedöma vilka processer och rutiner som verksamheten behöver fastställa för att uppfylla dessa krav och mål. därefter ska den som bedriver verksamhet se till att arbetet bedrivs utifrån fastställda processer och rutiner.

---

<sup>1</sup> SOSFS 1997:8: Socialstyrelsens allmänna råd; Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård.

### 2.5.3. *Patientsäkerhetslagen*

Hög patientsäkerhet är ett grundläggande krav och en kvalitetsfråga för att skapa en trygg och säker vård och omsorg. En brukare som får stöd av socialtjänsten ska känna sig trygg och säker. En medarbetare ska kunna utföra sitt arbete med rätt förutsättningar och metoder så att en säker vård och omsorg kan ges.

Patientsäkerhetslagen, som trädde i kraft 1 januari 2011, ställer krav på att vårdgivaren årligen ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Socialnämnden i Skellefteå har valt att låta Patientsäkerhetsberättelsen utgöra en del av socialnämndens årsrapport och redovisas i sin helhet i bilaga. Den innehåller information om hur verksamheten har arbetat med patientsäkerheten under året, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som uppnåtts.

### 2.5.4. *Nationell värdegrund*

Den 1 januari 2011 trädde två nya bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), i kraft. I 5 kap. 4 § SoL infördes en bestämmelse om en *nationell värdegrund för äldreomsorgen* och i 5 kap. 5 § SoL infördes en bestämmelse som tydliggör *den äldre personens ökade möjligheter till inflytande vid genomförandet av insatserna*.

Bestämmelserna innebär i korthet att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Med detta avses bl.a att äldreomsorgen bör värna och respektera var och ens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning. Verksamheten bör bidra till att den enskilde känner trygghet och meningsfullhet. Insatserna inom äldreomsorgen ska vara av god kvalitet och den äldre personen ska få ett gott bemötande.



## 3. Granskningsresultat

### 3.1. Definition av kvalitetsbegreppet

I förarbetena till de så kallade kvalitetsparagraferna, 3 kap 3 § SoL och 6 § LSS, konstateras det att kvalitet är ett svårfångat begrepp. Vad som är god kvalitet går inte att fastställa på ett objektivt sätt, bl.a. eftersom olika behov och förväntningar påverkar föreställningarna om vad som är god kvalitet. Socialtjänstlagen innehåller grundläggande värderingar och principer för socialnämndens verksamhet. Principerna uttrycks i 1 §, den s.k. portalparagrafen, som bl.a. slår fast att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Den slår även fast att socialtjänstens arbete och utformning av insatser alltid ska utgå från den enskildes behov och livssituation.

I förarbetena lyfts dessutom bemötandet av enskilda inom socialtjänsten fram som en viktig faktor:

*”Kärnan i det sociala arbetet är själva klientarbetet, främst det som sker i mötet mellan socialarbetare och klient. En förtroendefull samverkan mellan den enskilde och socialtjänstens personal och respekten för den enskildes personliga integritet är därför av stor betydelse för kvaliteten. Det är väsentligt att socialtjänsten visar lyhördhet och inlevelseförmåga i den enskildes förhållanden samt att denne har insyn i och reellt inflytande över de insatser som ges” (Prop 1996/97 124 s 52).*

Socialnämnden i Skellefteå har, 2012-02-23, beslutat att anta Värdegrund för socialförvaltningens avdelningar. Av både äldre- samt handikappomsorgens värdegrund framgår bl.a att hög kvalitet ska genomsyra verksamheterna. Vidare framgår att den enskilde ska få ett gott bemötande där arbetssättet ska präglas av kompetens, delaktighet och personligt ansvar.

Socialnämndens verksamhetsidé nämner också att förvaltningen, tillsammans med sina brukare, ska öka brukarnas möjlighet till ett självständigt liv. Det ska även ske genom en verksamhet som är tillgänglig, i ständig utveckling och av hög kvalitet.

Det kanske vanligaste sättet att få kunskap om hur brukarna uppfattar kvaliteten i verksamheten är genom enkäter. Socialnämnden genomför vartannat år en undersökning avseende hur brukaren uppfattar de tjänster som kommunen utför med fokus på vård, service och omsorg. Den senaste undersökningen genomfördes år 2010 där drygt 5000 enkäter nådde brukare inom socialkontorets samtliga verksamhetsområden. Svarsfrekvensen var 62 procent.

På frågan ”Hur nöjd är du med verksamheten i stort” så svarade 47 % av de svarande att det var ”mycket nöjda” och 48 % att de var ”ganska nöjda”. Brukarna var mest nöjda med medarbetarnas kompetens och mest förbättringspotential fanns kring frågor som rör medarbetarnas tydlighet i mötet med brukaren. Jämfört med samarbetskommunerna anses resultatet vara gott. Resultatet från mätningen bryts ned till avdelnings- och enhetsnivå.

### **3.1.1. Äldreguiden**

Äldreguiden är en annan undersökning som genomförs av Socialstyrelsen och den är ett hjälpmedel för äldre och deras närstående som vill ha information om en viss verksamhet eller om kommunens äldreomsorg i stort. Men den är också till för personal och ledning. Äldreguiden ger vägledning för att jämföra kvaliteten på vården och omsorgen vid landets äldreboenden, korttidsboenden, dagverksamheter och hemtjänstverksamheter. Det finns också möjligheter att jämföra kvaliteten på vården och omsorgen mellan landets kommuner och mellan de olika stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö.

Tanken är att information i Äldreguiden ska kunna användas i arbetet med att förbättra kvaliteten inom vården och omsorgen av de äldre. Socialstyrelsen genomför årligen nya enkätundersökningar samt uppdaterar Äldreguiden.

Av intervjuer framkommer att resultatet av nationella undersökningar presenteras regelbundet för nämnden.

## **3.2. Organisation och styrning av kvalitetsarbetet**

### **3.2.1. Organisation och övergripande ansvarsfördelning**

Socialnämndens ansvarsområde avseende kvalitetsarbete inom äldreomsorgen samt för funktionshindrade regleras både i SoL, HSL samt genom författningar från Socialstyrelsen.

Socialnämnden ansvarar för bland annat kommunens äldre- och handikappomsorg och förvaltningschefen är tillika verksamhetschef. Ansvarig för kvalitetsarbetet enligt SoL är nämnd och förvaltningsledning men förutsätter, enligt nämndens kvalitetssystem, medarbetarnas delaktighet.

Förvaltningschefen ansvarar för att leda och fördela kvalitetsarbetet i enlighet med nämndens direktiv och socialstyrelsens allmänna råd. Verksamhetschefen för HSL ska bl.a. ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiserade kvalitetsarbetet ska bedrivas, ansvara för att mål formuleras och för att dessa nås samt ansvara för uppföljning och analys av verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har det övergripande ansvaret för kommunal hälso- och sjukvård och ansvarar därmed för tillsyn, egenkontroll och uppföljning samt för att upprätta rutiner enligt HSL.

Inom kommunens äldre- och handikappomsorgen finns verksamhetsutvecklare och verksamhetschefer för bl.a. särskilt boende, hemtjänst, personlig assistans, boende och daglig verksamhet, socialpsykiatri och HSL-team och beslutsenheten. På de kommunala boendena finns enhetschefer/boendechefer. Verksamhetscheferna ansvarar bl.a. för att i samverkan över verksamhetsgränser bedriva kvalitetsarbetet samt för att ta fram verksamhetsspecifika rutiner. Enhetscheferna ansvarar för att alla medarbetare görs delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet och ansvarar för att kvalitetsarbetet genomförs och dokumenteras i enlighet med lagstiftning och direktiv.

Förvaltningen har upprättat en delegationsförteckning av administrativt ansvar och arbetsuppgifter för socialnämndens ledningssystem. Dokumentet har beslutats av förvaltningschef och gäller från 2012-06-01. Roller och ansvar har fördelats utifrån områdena Ledning, Ledningssystemansvarig samt modul- och delägare. Förteckningen är uppbyggt så att ansvar och roller för samtliga delar i Socialstyrelsens föreskrifter om kvalitetssystem ska säkerställas.

### 3.2.2. *Nämndens mål/styrning*

Kommunens modell för mål- och resultatstyrning utgör en del av Socialnämndens ledningssystem. Mål- och resultatstyrningen ska tillgodose ledningssystemets krav på struktur för mål, mått, uppföljning och erfarenhetsåterföring. Inför år 2012 har styrkortets innehåll förändrats och antalet mål begränsats. Av nämndens styrkort, beslutat av kommunfullmäktige, framgår bl.a. följande verksamhetsmål för 2012:

- Sex nya serviceförklaringar (perspektivet medborgare/kund)

Av socialnämndens styrkort för äldre- och handikappomsorgen framgår följande mål för 2012:

- Stärka den enskildes förmåga till ett självständigt liv (ÄO och HO)
- Ökad bemanning på kommunens äldreboenden (ÄO)
- Specifika värdegrunder för verksamheten framtiden (ÄO och HO)

Till varje mål kopplas ett eller flera mått för att belysa olika aspekter av målområdet. På verksamhetsnivå tas aktiviteter fram i en årlig verksamhetsplan som sedan bryts ner per avdelning/enhetsnivå.

Socialkontoret och kommunledningskontoret utarbetade under 2011 en förvaltningsövergripande modell för serviceförklaringar. Dessa serviceförklaringar är uttågster som förklarar vad medborgarna kan förvänta sig av den tjänst/service som de har eller som erbjuds dem. Syftet är att de ska tillföra brukarvärden som trygghet, tydlighet och kunskap samt successivt öka kvaliteten i kommunens tjänster. Serviceförklaringarna är kvalitetsmål som kommunen löpande kan utvärdera och därigenom skapa förutsättningar som en del av det systematiska kvalitetsarbetet. Vid granskningstillfället har nämnden hittills fastställt serviceförklaringar för hemtjänst, försörjningsstöd, bostad med särskild service enligt LSS, familjehemsvård samt personlig assistans och fler är under framtagande.

Kvalitetsledaren och kontrollern beskriver att det är relativt nytt i förvaltningen att upprätta och arbeta utifrån mätbara mål. Förvaltningen har nyss genomfört en utbildning i hur man ska sätta samt följa upp SMARTA<sup>2</sup> mål. Det tycks ta viss tid att ändra arbetssätt samt få in "tänket" kring dessa mål hos personer längre ner i organisationen. Däremot upplevs behovet av mätbara mål vara stort och målarbetet beskrivs vara under rejäl positiv utveckling.

Samtliga intervjuade kände till nämndens övergripande mål samt de mål som sedan brutits ner för den egna enheten. Intervjuade chefer och verksamhetspersonal upp-

---

<sup>2</sup> SMARTA mål är en metod/verktyg för att formulera mål som är **S**pecifika, **M**ätbara, **A**ccpterade, **R**ealistiska och **T**idssatta.

lever generellt att det råder stort fokus på medborgarinflytande, brukarmakt samt kvalitet, både i styrning och uppföljning av verksamheten.

### *3.2.3. Kvalitetsbeskrivning och kvalitetsgarantier*

Inom äldreomsorgen har målarbetet resulterat i att det bl.a. tagits fram en kvalitetsbeskrivning för äldreboenden inom Skellefteå kommun. Beskrivningen är beslutad år 2010 av äldreomsorgens ledningsgrupp och beskriver uppdrag och innehåll i tjänsten särskilt boende. Bl.a. lyfts områdena bemötande, egenmakt, information till vårdtagare och anhöriga, genomförandeplan, klagomålshantering, avvikelshantering och dokumentation. Av beskrivningen framgår att boendechefen ansvarar för att årlig verksamhetsplanering och uppföljning genomförs utifrån styrkort. Intervjuade distriktschefer inom äldreomsorgen anser att kvalitetsbeskrivningen och dess uppföljning är en viktig stomme i informationsflödet till personalen samt i verksamhetens utvecklings- och förbättringsarbete.

Förvaltningen har även upprättat ett antal kvalitetsgarantier för att höja kvaliteten inom äldreomsorgen. Kvalitetsgarantierna är:

- Att vartannat år genomföra medborgarmöten riktade till äldre/närstående.
- Genom att ringa kundtjänst under dagtid får individen information om äldreomsorgen.
- Senast 2 veckor efter anmälan om behov av äldreomsorg ska individen få ett besök eller kontakt med biståndsbedömaren. Senast 2 veckor efter besök ska ett skriftligt besked ges.
- Att individen får en kontaktperson och en individuell vårdplanering. I vårdplaneringen ska flera yrkesgrupper medverka.
- Vårdplaneringen följs upp efter behov eller minst en gång per år. Individen ska aktivt få medverka i den fortsatta utformningen av hjälpen.
- Kundtjänst är äldreomsorgens beröm- och klagomålssystem och ska ses som en viktig del i verksamhetens vidareutveckling. Det används systematiskt för uppföljning och för att mäta kvalitet.

Av intervjuer framgår att arbetet även fortgår med kommunens värdegrund. Socialnämnden beslutade under 2011 att ansöka om stimulansbidrag för att införa lokala värdighetsgarantier inom äldreomsorgen. Socialkontoret håller på att upprätta förslag på värdegrund för socialnämndens samtliga verksamheter. Det är värderingar som medborgare och brukare kan förvänta sig i mötet med socialförvaltningen. Värdighetsgarantierna formas utifrån både kvalitetsbeskrivningar och framtagna serviceförklaringar. Samtliga garantier och serviceförklaringar är viktiga beståndsdelar i det systematiska kvalitetsarbetet. Det har även nyligen genomförts en värdegrundsbildning för all personal inom kommunens äldreomsorg och socialkontorets processledare har även varit ute på arbetsplatser och bidragit med information i samband med värdegrundsarbetet.

### **3.3. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)**

Socialkontoret uppfyller idag kraven i SOSFS 2011:9 till vissa delar. Detta innebär att instruktioner, rutiner och andra verktyg för styrning, kontroll och uppföljning finns i stor utsträckning. Tillämpningen av dessa är i flertalet fall tillfredsställande. Dock kräver styrning av en komplex organisation bättre struktur vilket saknas idag.

Socialnämnden beslutade, 2012-05-23, därför om att införa ett *nytt* gemensamt ledningssystem för hela socialnämndens verksamhet som uppfyller kraven enligt SOSFS 2011:9 samt övriga krav på kvalitetssäkring, kvalitetsstyrning och kvalitetskontroll. Socialkontoret har utifrån beslutet fått i uppdrag att upprätta och införa det nya ledningssystemet samt att löpande i del- och årsrapporter informera nämnden om hur arbetet fortlöper.

#### **3.3.1. Struktur och arbetsätt för kvalitetssystemets införande**

Socialnämndens nuvarande kvalitetsledningssystem som varit konstruerat utifrån den tidigare föreskriften, SOSFS 2006:11, är förenklat beskrivet uppbyggt utifrån respektive avdelning. Detta innebär att förvaltningen i praktiken haft tre ledningssystem, ett för ÄO, HO och IFO. Systemet har bestått av utspridda mappsystem i organisationen där styrande dokument och rutiner har funnits i flertal olika system för ledning av verksamheten, exempelvis på intranätet, e-postens inkorg, i pärmar eller på arbetsplatsens dators egen disk.

Förfaringssättet har enligt uppgift försvårat aggregering av data från avdelnings- till förvaltningsnivå vilket i sig gör det svårt att få en temperaturmätare på ledningssystemets verkan i organisationen samt hur kraven i SOSFS 2011:9 följs. Avsaknad av ett gemensamt ledningssystem försvårar även kommunikation och införande samt utförande av nya arbetsätt och uppdrag från nämnd och ledning. Vidare beskrivs tjänstemän agerat olika i användningen av systemet samt att det inte kunnat styras, följas upp eller kvalitetssäkras. Det beskrivs inte heller ha funnits någon strukturerad samverkan mellan avdelningarna.

Under de senaste åren har dock förvaltningen till stora delar samlat in befintliga regler, riktlinjer och rutiner m.m. och dessa har lagts upp på intranätet. Insidan vilket förbättrat förfaringssättet. Intervjuade bekräftar att det varit svårt att bl.a. veta om avsänt dokument nått mottagare, att mottagaren fått rätt information, vilka dokument som varit aktuella/uppdaterade samt vem som ansvarat för olika delar i kvalitetsarbetet. Det beskrivs många gånger ha resulterat i att respektive boende inte använt Insidan utan istället använt de rutiner som funnits framtagna i den egna pärmen på boendet. Boenden kan även ha upprättat bra rutiner som inte kommit övriga verksamheten/boenden till kännedom.

Socialnämnden har genom sitt beslut satsat relativt stora personella och ekonomiska resurser på den pågående interna uppbyggnaden av ett nytt ledningssystem utifrån SOSFS 2011:9 på intranätet. Granskningen visar att socialkontoret har en tydlig organisation, ansvarsfördelning och plan för hur arbetet ska bedrivas.

För drygt 1½ år sedan anställde socialförvaltningen en kvalitetsledare, tillika projektledare. Denne är ledningssystemansvarig och ansvarar, enligt delegationsordningen, bl.a. för struktur/arkitektur i ledningssystemet, regler för systemets uppbyggnad, användande/revidering, utbildning och samordning av modul- och delägarnas arbete, åiterrapportering samt övergripande kvalitetskontroll/säkring. I nära samarbete med kvalitetsledaren finns förvaltningens chefscontroller, tillika projektkoordinator.

En projektplan och projektorganisation för införandet av ledningssystemet är fastställd av förvaltningens ledningsgrupp. Den beskriver bl.a. projektidén, mål, roller, befattningar, införandefas, tidplan, resursbehov, arbetsformer och risker. Syftet med projektet är att upprätta ett ledningssystem bestående av 18 olika huvudmoduler med ett antal underliggande delar. Till dessa moduler ska sedan relevant information och styrande dokument kopplas. Systemet beskriver, reglerar och strukturerar organisationens arbetssätt och arbetsflöden.

Det är personalens upplevelse av ledningssystemet och deras användning som är helt avgörande för systemets framtida framgång och varaktighet. Målet med projektet är bl.a. att den anställde ska hitta viktiga dokument i ledningssystemet och inte sprida eller lagra dokument i andra system än ledningssystemet. Vidare ska den anställde tycka att informationen är till nytta i det vardagliga arbetet samt kunna vara säker på att den är korrekt och aktuell.

Ledningssystemet kommer att finnas i webbmiljö (Sharepoint 2010) och finnas tillgängligt för alla medarbetare via internet. Samtliga anställda har en egen användare med tillgång till kommunens nät samt tillgång till dator eller liknande.

Samtliga intervjuade påtalar att det är mycket positivt att förvaltningen implementerar ett förvaltningsövergripande ledningssystem och det har varit efterfrågat. Förhoppningen är att systemet ska leda till ökat brukarfokus och ökad kvalitet, att strukturen ska bli tydligare, att arbetssättet ska förbättras och att det ska bli en hjälp i vardagen. En utmaning som nämns är att lyckas implementera systemet ut i organisationen så att samtliga anställda verkligen använder det framgent.

### 3.3.1.1. Tidplan

Förverkligandet av ledningssystemet består av två faser; 1) införandefas samt 2) förvaltnings- och förbättringsfas/process. En schematisk beskrivning över organisationen för dessa faser finns framtagna. Fas ett utgörs av projektet samt ett ledningsbeslut om att införandefasen ska övergå i en förvaltnings- och förbättringsfas. När detta sker är projektet formellt avslutat vilket beräknas ske försommaren 2013.

Förvaltningen arbetar vid granskningstillfället med att förverkliga införandefasen där de tre tidigare ledningssystemen nu håller på att vävas ihop till ett gemensamt system. Arbetet inleddes med att samla in referensdata från organisationen, bl.a. hur personal upplever nuvarande system, metoder och intranät. Därmed kan förvaltningen löpande utvärdera medarbetarnas upplevelse av processerna, dess effekter i verksamheterna och dess funktion. Vad gäller kund- och brukarupplevelser så ingår detta som en del av processens framtida arbetssätt där systematiska kontroller av kundnöjdhet kommer att arbetas in.

Kvalitetsledaren har även upprättat ett schema med tidplan för ett 40-tal uppgifter som ska genomföras fram till sommaren 2013. Schemat beskriver uppgift, ansvarig roll, när uppgiften ska starta respektive slutföras samt varaktighet.

Enligt uppgift från kvalitetsledningen håller förvaltningen tidplanen och systemet beskrivs vara under snabb uppbyggnad.

### 3.3.1.2. Processer och rutiner

Ledningssystemet ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet. Processerna och rutinerna är ledningssystemets grundläggande delar och en process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. I varje process skall sedan identifiering ske av de aktiviteter som ingår samt att bestämmelse ska ske av varje aktivitets inbördes ordning. För varje process skall det sedan utarbetas och fastställas de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Processkartläggning utgör en del av Skellefteå kommuns och socialkontorets pågående arbete med processtyrd kvalitetsförbättring och utgör en viktig del i arbetet med socialnämndens nya ledningssystem. Processkartläggning handlar generellt om att beskriva hur processer fungerar idag, dess problem och förbättringsmöjligheter för att därefter gemensamt konstruera ett framtida arbetssätt som är bättre med hänsyn till både kund- och organisationsvärde.

Förvaltningen har vid granskningstillfället kartlagt processerna för SoL, LSS och HSL. Dessa tre lagrum utgör grunden för socialnämndens uppdrag och ansvarsområde och kommer även att utgöra grunden för nämndens nya ledningssystem. Tillsammans har de tre processerna lagt grunden för nämndens huvudprocesser; Socialt stöd, vård och omsorg samt Hälso- och sjukvård. Till dessa ska sedan läggas mindre lagrum såsom LVU, LVM m.m. Ledningssystemet är därmed en struktur över huvudprocesserna och alla dess styrande dokument. Där finns också kopplingar till olika typer av stöd (IT-stöd m.m.) som anställda behöver i sitt löpande arbete.

Processkartläggningarna och arbetet har genomförts med stor delaktighet från organisationen och de personer som dagligen arbetar i processen. Stora delar av förvaltningens utvecklingsresurser har tagits i anspråk för att driva förbättringsarbetet. Kartläggningarna har genomförts tillsammans, över avdelningsgränserna, där personal från olika nivåer inom förvaltningen definierat både processens nuläge och önskat läge. Resultatet av kartläggningen visade bl.a. att det fanns ”luckor” i processerna på aktivitetsnivå. Tillsammans har olika förbättringsmöjligheter tagits fram och arbetet pågår nu i olika utvecklingsgrupper för att genomföra de förbättringar som identifierats, bl.a. att fylla systemet med adekvat information. Genomförda förbättringar ska leda till effektivare processer och en ökad brukarnöjdhet.

Förvaltningens målsättning för 2012 är även att hinna kartlägga en del av de viktiga och kritiska stödprocesser som finns. Bemanningsprocessen har kartlagts men enligt uppgift är det mycket jobb kvar innan samtliga stödprocesser har kartlagts.

Kvalitetsledaren beskriver att mycket arbete har lagts på att hitta de gemensamma nämnarna i nämndens verksamheter, att finna en struktur för verksamheten där pågående processer standardiseras. Verksamheterna har ett gemensamt genuint intresse för kunden vilket beskrivs vara en förutsättning för ett bra kvalitetsarbete. Denne anser även att nämnd och ledning har gett berörda mandat och de förutsättningar som har krävts för att kunna genomföra och implementera projektet.

Vid granskningstillfället finns den tekniska plattformen Sharepoint 2010, modellen och dess struktur med de 18 modulerna som är ingången till ledningssystemet, regler samt flertalet system och verktyg för att utföra en arbetsuppgift. Implementeringen av systemet har även påbörjats och i dialogen med verksamhet och personal ligger fokus på att tydliggöra pågående arbete, dvs. att organisationen får en förståelse för att ledningssystemet behövs för att göra ett bra arbete och för att säkra kvalitén i tjänsterna, inte för att lagstiftaren kräver det.

Förvaltningen har även börjat införa digitala META-data som finns med i ledningssystemet. För kvalitetssäkring och intern kontroll ska det framöver finnas en kontaktperson samt dokumentansvarig för varje dokument som läggs in i systemet.

### 3.3.1.3. Systematiskt förbättringsarbete

Det systematiska förbättringsarbetet ska innebära att organisationen lär av sina misstag och består enligt föreskrifterna av:

- Riskanalys; för att förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser förekommer.
- Egenkontroll; den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten.
- Utredning av rapporter, klagomål och synpunkter för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.
- Förbättrande åtgärder utifrån resultat och aktiviteter för att säkra kvaliteten.
- Förbättring av processer och rutiner om dessa, utifrån resultat och aktiviteter, inte visar sig vara ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet.

En viktig del av socialnämndens framtida ledningssystem beskrivs vara processen för att hantera avvikelser och förbättringsförslag och vid granskningstillfället finns den till vissa delar beskriven i nämndens beslutade rutin för Lex Sarah, Lex Maria, avvikelser samt fel och brister. Socialkontoret har under 2012 påbörjat arbetet med att göra en fullständig kartläggning av denna process. Målsättningen är att upprätta en gemensam process för hantering av samtliga avvikelser eller risker för detta. Till denna process ska även kopplas processen för hantering av synpunkter och klagomål samt förbättringsförslag.

Dokumenterad rutin för hantering av allvarliga missförhållanden/avvikelser enligt Lex Sarah uppdaterades under 2011 med anledning av nya bestämmelser i lagstiftningen. Den nya rutinen är driftsatt i organisationen och skiljer sig från övriga rutiner inom socialkontoret genom att den främst är en digital rutin som kommuniceras via intranätet i form av frågor och svar. Den nya rutinen har även inneburit att rapport- och utredningsformulär reviderats. När en Lex Sarah-avvikelse upprättas i



systemet skickas den till diariet, avdelningschef, MAS samt till nämnden. Chef ansvarar för sammanställning, analys och återrapportering. MAS:en genomför även kvartalsvisa kontroller i systemet inom de områden denne ansvarar för. Under 2012 håller rutinen på att slipas till ytterligare utifrån erfarenheter som dragit efter uppkomna ärenden under 2011.

Det beskrivs finnas ett mörkertal när det gäller avvikelserapporteringen och ett dilemma har varit att hitta avvikelser i hela vårdkedjan, t.ex. vid informationsöverföring. Flertalet intervjuade i verksamheten beskriver exempelvis att Lex Sarah-rutinen har varit en gråzon och har inte fungerat tillfredsställande. Det beror bl.a. på att både enhetschefer och personal varit osäkra på vad som faller inom Lex Sarah och vad som är mindre avvikelser. Detta har resulterat i att allt inte anmäls. Flera boenden har arbetat med att förändra attityder för att personalen ska se avvikelser som ett förbättringsverktyg istället för att det ska uppfattas som att man anmäler en arbetskamrat. Av uppföljning av internkontrollplanen för 2012 framgår dock att antalet rapporter har ökat inom organisationen till följd av ökad kännedom om de anställdas ansvar och uppdrag.

Klagomåls- och synpunktshanteringen ska främst gå via kommunens kundtjänst. Flera intervjuade menar dock att det inte funnits någon systematisering av inkomna klagomål/synpunkter. Ute i verksamheten lämnas synpunkter och klagomål mer spontant och de förs inte vidare om det inte är större frågor. Avvikelserapportering samt rutin för synpunkter/klagomål upplevs därmed vara ett utvecklingsområde, vilket även var ett identifierat utvecklingsområde i senaste brukarenkäten.

Risکانalyser gällande fallskador, trycksår m.m. görs vid inflyttning och uppdateras vid behov. Senior Alert, som är ett nationellt kvalitetsregister för riskbedömning och uppföljning inom vård och omsorg, påbörjades även under år 2011. Systemet har inneburit fler riskbedömningar under 2011 jämfört med tidigare år.

Enligt uppgift är det fler personer inom socialkontoret som utreder missförhållanden idag vilket beskrivs ha ökat den interna kontrollen/säkerheten gentemot brukaren.

Kvalitetsrevision på särskilt boende har även genomförts under 2012.

När det gäller hälso- och sjukvårdsområdet har riskanalys genomförts inför införandet av nytt IT-stöd för ordination och beställning av dosdispenserade läkemedel samt inför kommunaliserad hemsjukvård. Styrande dokument för riskanalys saknas ännu.

Egenkontroll sker enligt upprättad plan genom deltagande i nationella sk. punktprevalensmätningar som medger jämförelser, analys av uppgifter från exempelvis Patientnämnd och genom uppföljning av specifika områden eller följsamhet till styrande dokument. Kvalitetsregister utgör en viktig källa. Rapporterade händelser som har eller hade kunnat medföra vårdskada utreds i huvudsak lokalt. Sk. händelseanalys genomförs internt eller i enstaka fall i samverkan med landstinget. Följsamhet till rapporteringsskyldigheten internt är mycket god.

Årlig sammanställning och analys av förbättringsarbete sker via patientsäkerhetsberättelsen.

#### **3.3.1.4. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet**

Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge god vård. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. För verksamhet enligt LSS ska det finnas den personal som behövs för att kunna ge ett gott stöd och en god service och omvårdnad. All personal omfattas därmed av kompetenskrav. Vidare skall säkerställas att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Socialkontoret har upprättat en kompetensförsörjningsplan för 2012-2013. Det finns ett mål att personal som rekryteras till vård- och omsorg ska ha adekvat grundkompetens och förvaltningen har upprättade kravprofiler. Trots denna ambition finns det timanställda i verksamheten som inte uppfyller dessa krav.

Varje avdelning har personer i staben som inventerar, sammanställer och genomför kompetensbehov på kort och lång sikt. Vårdbehovsmätningar genomförs och ligger till grund för bemanning på boendena. Av planen framgår att behov av kompetensutveckling ska tas upp i det årliga medarbetarsamtalet där en individuell utvecklingsplan ska upprättas.

Som ett medel att förbättra och vidga möjligheterna till kompetensutveckling har äldreomsorgen börjat använda sig av en digital lärplattform. Personalen sitter då på sin arbetsplats och genomför utbildningar.

Inom äldreomsorgen pågår ett omfattande arbete med utbildningsinsatser för all omvårdnadspersonal, exempelvis äldre och läkemedel, vård i livets slut och genomförandeplaner. Omvårdnadslyftet startades även 2011 med 50 utbildningsplatser. Syftet är att ge en fullständig grundutbildning inom vård och omsorg. Handikappomsorgen har under några år bl.a. prioriterat utbildningsinsatser kring ledarskap, bemötande och ambassadörer i verksamheten. Under 2011 har sexton utbildningsinsatser genomförts inom olika ämnesområden med ca 900 deltagare. Intervjuad personal inom både äldre- och handikappomsorgen anser att kommunen under senare år har varit relativt generös med utbildningar.

I verksamheten utses även olika ombud bland personalen vilket ses som ett sätt att öka personalens ansvar och motivation. Intervjuad vårdpersonal känner sig delaktig i kvalitetsarbetet. Om de har synpunkter kan de lyftas till boendechef eller sjuksköterska och frågor kan även lyftas för diskussion på arbetsplatsträffar. Frågor kring kvalitet och bemötande diskuteras regelbundet. På arbetsplatsträffar är frågorna oftast av mer generell karaktär medan det i samband med vårdträffar blir på individnivå.

Personalen inom äldreomsorgen ges även inflytande genom ge de kvalitetsråd som upprättats ute på boendena. Här deltar bl.a. boendechef, sjuksköterska, undersköterska, personal och sjukgymnast. Rådet arbetar utifrån styrkort/verksamhetsplan, kvalitetsbeskrivning, enkäter, bedömningar m.m. och lyfter prioriterade utveck-

lingsområden på boendet som personalen sedan arbetar vidare med, exempelvis kontaktmannaskap, genomförandeplan, kvalitetsutveckling m.m.

### 3.3.1.5. Dokumentationsskyldighet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet skall dokumenteras. Dokumentationskravet omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Framgångsfaktorer är rutiner för handläggning av ett ärende, rutiner för dokumentation under handläggning och genomförande av insatser, hur uppgifter lämnas mellan beslutsfattare och verkställare samt rutin för uppföljning och utvärdering av insatser.

Utifrån genomförda processkartläggningar håller förvaltningen på att uppdatera/upprätta de riktlinjer och rutiner som tidigare saknats och som ska ingå i det nya ledningssystemet. Vissa riktlinjer/rutiner för SoL, LSS och HSL finns redan idag upplagda på intranätet och en del återfinns även i dokumentationspärmar ute på enheterna. Handikappomsorgen har ett krav från nämnden att upprätta riktlinjer/rutiner för handläggning vilket saknas idag.

Genomförandeplaner skall upprättas för samtliga enskilda och de ska uppdateras kontinuerligt utifrån ändrade förutsättningar. Av intervjuer med verksamhetspersonal inom äldre- och handikappomsorgen framgår att genomförandeplaner inte alltid upprättas för den enskilde brukaren. De läggs inte heller alltid upp digitalt vilket är ett krav. Anledningen till detta kan vara tidsbrist, att det är oklart vad och hur mycket som skall dokumenteras i Procapita samt otillräcklig kompetens i verksamhetssystemet. Det är också ett problem att hinna dokumentera allt som hänt under dagen eftersom avsatt tid för administration är mycket begränsad. Området personlig assistans har hittills inte dokumenterat i Procapita men är enligt uppgift på väg att göra det nu.

Det framkommer även att krav på dokumentation avseende HSL är tydligare än för SoL. Intervjuade chefer är medvetna om bristerna i dokumentationen och det har genomförts satsningar vid introduktionsutbildning, för vikarier m.fl. Förvaltningens dokumentation beskrivs vara en kulturfråga och en utmaning.

Uppföljningen av internkontrollplanen för 2012 bekräftar även att genomförandeplaner saknas, främst inom handikappomsorgen. Systemförvaltarna har uppdraget, tillsammans med verksamheterna, att påskynda arbetet för att få fram en komplett och rätt information kring brukarna i Procapita. Det pågår även ett utvecklingsarbete inom handikappomsorgen för att i större utsträckning göra genomförandeplanen till brukarens verktyg.

Av intervjuer med personal inom handikappomsorgen framkommer även att uppföljning av beviljade insatser ibland är bristfällig samt att beslutsenheten inte alltid följer upp verkställigheten. En annan brist som nämns är inom LSS-verksamheten där besluten inte är tidssatta. Detta kan få konsekvensen om brukarens behov förändras och dokumentationen kring denna förändring brister.

### 3.3.1.6. Samverkan

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Av dessa ska framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med andra vårdgivare, myndigheter m.m. Vårdgivaren ska inom ramen för HSL även identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Huvudöverenskommelsen mellan Skellefteå kommun och Västerbottens läns landsting (HÖK) har förlängts t.o.m. 2014. Genom överenskommelsens är parterna överens om att syftet med samverkan är att skapa en tydlig struktur i samarbetet, framförhållning och över en överblickbarhet över kedjan av de aktiviteter som ska skapa mervärde för brukaren. Strukturen innebär gemensam organisering av lednings-samverkan för tre samverkansområden; politisk styrning, verksamhetsstyrning samt olika grupperingar på operativ nivå. Det finns ett antal samverkansforum samt vårdplaneringsrutin mellan landstinget och kommunen. I samarbetet mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård inom kommunen finns ett antal dokument och blanketter framtagna, exempelvis för läkemedelshantering, ärendehantering, vårdplanering och informationsöverföring.

Det har pågått och genomförs löpande en rad aktiviteter som ligger till grund för den fortsatta utvecklingen av samarbetet; bl.a. planeringsdagar, Senordagen ”Hälsa hela livet”, länsöverenskommelser om förebyggande hembesök för 75- åringar, läkemedelsgenomgångar på särskilt boende samt ansvar för vissa hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende.

Intervjuade beskriver överlag att det råder ett gott samverkansklimat, både intern och externt men att det alltid finns utvecklingsområden.

## 3.4. Uppföljning och intern kontroll

Socialnämndens rapporteringsplan följer kommunens övergripande rapportplan. Utöver löpande månadsrapporter följer nämnden upp mätresultat tre gånger per år, i samband med del- och årsrapporter. Vissa mätningar sker inför varje rapport medan vissa mätningar sker en gång per år eller med ett, två eller flera års mellanrum.

I månadsrapporterna redovisas en årsprognos över det ekonomiska utfallet tillsammans med viktiga nyckeltal som förklarar utvecklingen av verksamhetens volym och omfattning. Vid del- och årsrapporter ges även en beskrivning av periodens viktiga händelser och utvecklingstendenser. Inom respektive perspektiv sker även en avstämning av samtliga mål i nämndens och förvaltningens styrkort samt en beskrivning av viktiga aktiviteter i de olika verksamheterna.

Beroende på verksamhetsområde sker nämndens uppföljning via förvaltningschef, avdelningschef, verksamhetschef, kvalitetsledare, utvecklingsledare, MAS m.fl. som då deltar vid nämndens sammanträde och informerar om verksamhet/aktivitet.

Återrapportering till nämnden kommer att ingå som en del i ledningssystemet. Förvaltningens samtliga avvikelser, synpunkter, klagomål etc. ska framöver rapporteras in på samma ställe i systemet vilket säkerställer en bättre och samlad uppföljning till nämnden. Nämnden kommer även att ha tillgång till ledningssystemet vilket enligt uppgift kommer att förbättra/underlätta ledning, styrning och kontroll av verksamheterna.

Nämnden har i verksamhetsberättelsen 2011 samt i delårsrapporter 2012 fått en återrapportering av måluppfyllelse, pågående processer och arbetet med kvalitetsledningssystemet etc.

Nämnden får även en regelbunden återrapportering av avvikelser samt övriga synpunkter och klagomål som inkommit under perioden. Vidare har nämnden fått information om genomförda kvalitetsuppföljningar på äldreboenden. Chefer inom handikappomsorgen beskriver att nämnden som en del i kvalitetsuppföljningen är noga med att följa upp egenmaktsbegreppet hos brukaren.

Antagna serviceförklaringar följs upp och redovisas regelbundet till nämnden och samtliga projekt utvärderas och återrapporteras.

Socialnämnden har, 2011-12-15, beslutat om internkontrollplan 2012. Av planen framgår att ska ske kontroll av samtliga områden inom det systematiska ledningssystemet för kvalitetsarbetet. Det innefattar bl.a. kontroll av att det finns dokumenterade rutiner samt att dessa efterlevs. Kontrollen ska ske 1 ggr/år och ansvarig är kvalitetsledare samt MAS. Vidare ska det ske stickprovskontroll 4 ggr/år dokumentation under verkställighet inom ÄO, HO och IFO. Kontrollen avser bl.a. att det dokumenteras, hur det dokumenteras och att dokumentationen är korrekt, väsentlig och tillräcklig. Ansvarig för kontrollen är systemförvaltare. Nämnden har fått återrapportering av internkontrollplanen under 2012.

Verksamhetsutvecklaren inom handikappomsorgen, som bl.a. ansvarar för uppföljning och utvärdering av handikappomsorgens verksamheter, upplever att avdelningens uppföljning inte har fungerat optimalt och att det har saknats ett helhetsgrepp kring vad som ska följas upp kontinuerligt. Denne välkomnar det nya ledningssystemet och hoppas på en bättre övergripande överblick, tydliga roller/ansvar vilket även ska förbättra strukturen för uppföljning.

2012-12-10

---

*Therese Runarsdotter - Projektledare*

---

*Bo Rehnberg - Uppdragsledare*