



Värnamo kommun, kommunrevisionen

Granskning av kvalitet inom särskilt
boende för äldre

Revisionsrapport

KPMG AB
2016-05-04
Antal sidor 12

Innehåll

1.	Inledning och bakgrund	1
2.	Syfte och revisionsfrågor	3
3.	Revisionskriterier	4
4.	Ansvarig nämnd och avgränsning	4
5.	Metod	4
6.	Projektorganisation	4
7.	Granskningsresultat	4
7.1	Organisation	4
7.2	Kvalitetsledningssystem	5
7.3	Mål, riktlinjer, värdegrund och värdighetsgarantier	6
7.3.1	Mål och riktlinjer	6
7.3.2	Värdegrund och värdighetsgarantier	7
7.4	Kvalitetsregister	8
7.5	Rutin för avvikelshantering, synpunkter och klagomål	9
7.6	Individuell behovsbedömning inom särskilt boende	12
7.7	Rutin och system för personalbemanning	13
7.8	Arbetsmiljö inom äldreboenden	13

1. Sammanfattning

KPMG har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Värnamo kommun granskat kvalitetsarbetet inom särskilda boenden för äldre. Granskningen ingår i revisionsplanen för år 2016.

Sammanfattningsvis kan vi från vår granskning konstatera att det inom omsorgsnämndens ansvarsområde bedrivs ett aktivt och omfattande kvalitetsarbete inom särskilda boenden för äldre.

Våra väsentligaste iakttagelser utifrån respektive revisionsfråga som granskningen ska besvara sammanfattas nedan:

Finns ett utvecklat kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen.

Vi bedömer att nämnd och förvaltning har ett utvecklat ledningssystem för kvalitet för hela omsorgsverksamheten, inkluderat äldreboenden. Enligt såväl förvaltningen som vår övergripande insyn i systemet är det utformat enligt Socialstyrelsens föreskrifter.

Finns en fastställd värdegrund för äldreomsorgen som är känd och tillämpad vid särskilt boende för äldre, inkluderat bemötande av de äldre.

Vi konstaterar att omsorgsnämnden i huvudsak har konkretiserat fullmäktiges övergripande mål och fastställt egna förvaltningsmål, värdegrund och värdighetsgarantier gällande kvalitet och bemötande. Det återstår dock att bryta ned förvaltningsmålen till mätbara verksamhetsmål. Det inledda arbetet med verksamhetsbeskrivningar enligt Loke-modellen är enligt vår mening ett bra sätt att tydliggöra kvaliteten i respektive boende.

Intrycket från intervjuerna är att personalen är uppmärksam på bemötandefrågor och kvalitet i verksamheten och att det diskuteras kontinuerligt på arbetsplatsträffar. Flera av de intervjuade talar om att en ny syn på äldre har uppstått jämfört med tidigare, att det är viktigt med brukarens enskilda behov och förutsättningar i omsorgsarbetet.

Finns rutiner för avvikelshantering, synpunkter och klagomål som är kända och tillämpade vid särskilt boende för äldre.

Granskningen visar att omsorgsnämnden har riktlinjer och rutiner för avvikelserapportering, synpunkter och klagomål och anmälan enligt Lex Sarah. Dessa gäller för bland annat verksamhet inom särskilda boenden. Rutinbeskrivningarna är tydliga över vad som skall rapporteras och vem som ansvarar för vad i rapporteringsprocessen. Enligt våra intervjuer är rutinerna för avvikelserapportering väl kända ute verksamheten.

Då tekniken i verksamhetssystemet Magna Cura upplevs som så krångligt att det finns risk för att rapporteringar inte sker menar vi att nämnd och förvaltning bör överväga att införa ett mer ändamålsenligt och okomplicerat system för avvikelserapportering.

2016-05-04

Det är av stor vikt att samtliga avvikelser dokumenteras och åtgärder vidtas för ständig kvalitetsförbättring inom verksamheten.

När det gäller sammanställning och redovisning av avvikelserapporter ser vi en fördel i att en särredovisning görs för särskilda boenden och övriga verksamheter inom omsorgsförvaltningen. Av nuvarande redovisning går inte att utläsa inom vilken verksamhet/särskilt boende som avvikelser/brister och fel uppstått.

Finns fastställda styrande rutiner och system/verktyg för personalbemanning som är implementerade och tillämpade vid särskilt boende för äldre.

Inom alla särskilda boenden har sedan år 2015 införts ett s. k underschema för den dagliga planeringen utifrån det övergripande grundschema som utgår från antal personal vid respektive boende. Underschemat planeras utifrån de boendes behov av en särskilt utsedd schemaansvarig; en Lots. Det dagliga underschemat visar på vad var och en av personalen skall göra för respektive brukare eller om personalen har ett ansvar för köket.

För underschemat finns inte något särskilt datasystem, personalen planerar detta i ett exel-ark.

Underschemat upplevs som, och synes vara, ett styrinstrument för struktur i det dagliga arbetet.

Sker individuell behovsbedömning inom särskilda boenden för äldre

Omsorgsnämndens beslut om att ersätta helinackorderingsbeslut med individuella insatsbeslut inom särskilt boende från och med våren 2015 visar på en ambition att stärka brukarnas rättssäkerhet och öka kvaliteten för personer med plats i särskilt boende för äldre. Individuella insatsbeslut inom särskilda boenden är också i enlighet med lagstiftarens intentioner och föreskrifter för verksamheten.

Förändringen har dock hittills inte inneburit någon egentlig förbättring då det saknas uppföljningar och omprövningar av beslut om insats. Personal vid särskilda boenden erfar att brukarnas behov av insatser inte stämmer överens med biståndsbedömarens beslut. Personal ger därför mer eller mindre insatser än vad brukaren beviljats utifrån egen bedömning av behovet. Får de mindre insatser än vad som beviljats är det oacceptabelt ur rättssäkerhetssynpunkt och mer insatser kan det riskera att kostnadsnivån för kommunen blir högre än vad som är nödvändigt.

För den psykosociala arbetsmiljön trädde en ny lag i kraft den 31 mars 2016, 2015:4. Vilka åtgärder har nämnden vidtagit med anledning av denna lag?

Arbetsmiljön inom särskilt boende har inte varit ett prioriterat område i denna granskning, frågan har berörts övergripande. Enligt våra intervjuer har kommunstyrelsens personalavdelning beslutat om en utbildning för alla chefer tillsammans med skyddsombud i kommunen. Från förvaltningen framförs att arbetsmiljöfrågor alltid tas upp på lednings- och arbetsplatsmöten och att det nuläget inte finns behov av att arbeta annorlunda med anledning av de nya föreskrifterna.

2. Inledning och bakgrund

KPMG har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Värnamo kommun granskat kvalitetsarbetet inom särskilda boenden för äldre. Granskningen ingår i revisionsplanen för år 2016.

Äldre ska ha tillgång till god vård och omsorg och ska bemötas med respekt lyder nationella mål för äldrepolitiken.

Socialtjänstlagen fastslår grundläggande värderingar och principer för socialtjänstens verksamhet. Lagens portalparagraf anger att verksamheten ska bygga på ”respekt för människornas självbestämmande och integritet” samt att socialtjänstens insatser ska ”utgå ifrån den enskildes behov och livssituation. Vidare fastställs att ”insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet” Detta innebär att ”det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet” samt att ”kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras”.

År 2006 gav Socialstyrelsen ut föreskrifter och allmänna råd om ”Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt bland andra socialtjänstlagen, Sol. Föreskrifterna ställer krav på ansvariga nämnder att inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet kopplat till lagstiftningen. Ett antal områden lyfts som viktiga i det systematiska kvalitetsarbetet såsom bland annat fel och brister i verksamheten, synpunkter och klagomål, personal och kompetensförsörjning.

Krav på god kvalitet i verksamheten ställs följaktligen via nationella mål, lagstiftning och föreskrifter.

3. Syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet med granskningen är ge underlag för revisorerna att bedöma om omsorgsnämnden i Värnamo kommun kan säkerställa förutsättningar för en god kvalitet i verksamheten vid särskilt boende för äldre och ett gott bemötande av äldre. Granskningen kommer att fokusera på följande revisionsfrågor:

- Finns ett utvecklat kvalitetsledningssystem inom äldreomsorgen.
- Finns en fastställd värdegrund för äldreomsorgen som är känd och tillämpad vid särskilt boende för äldre, inkluderat bemötande av de äldre.
- Finns rutiner för avvikelshantering, synpunkter och klagomål som är kända och tillämpade vid särskilt boende för äldre. Om det finns exempel av mer allvarlig karaktär, hur agerar nämnden?
- Finns fastställda styrande rutiner och system/verktyg för personalbemanning som är implementerade och tillämpade vid särskilt boende för äldre.
- Sker individuell behovsbedömning inom särskilda boenden för äldre?
- Hur beskrivs arbetsmiljön inom särskilt boende för äldre. När det gäller den psykosociala arbetsmiljön trädde en ny lag, 2015:4, den 31 mars 2016. Vilka åtgärder har nämnden vidtagit med anledning av denna lag?

4. Revisionskriterier

Granskningen kommer i huvudsak att utgå från:

- Socialtjänstlagen med tillhörande föreskrifter samt lokalt fastställda mål och riktlinjer.

5. Ansvarig nämnd och avgränsning

Granskningen avser omsorgsnämnden och verksamhet vid särskilt boende för äldre i kommunal regi.

6. Metod

Granskningen har genomförts genom:

- Intervjuer med omsorgschef, sektionschef äldreomsorg, områdeschefer samt med personal inom särskilt boende för äldre
- Studier av relevant dokumentation såsom verksamhetsplan 2016-2018, rutiner och riktlinjer, behovsbaserad bemanning, måldokument, nationell brukarundersökning, lokal värdighetsgaranti och kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2015.

Rapporten har sakgranskats av omsorgschef, sektionschef och tre områdeschefer.

7. Projektorganisation

Granskningen har genomförts av Kerstin Ingvarsson, revisionskonsult KPMG. Kristian Gunnarsson har deltagit i granskningen genom sin roll som kundansvarig.

8. Granskningsresultat

8.1 Organisation

Sektionschef äldreomsorg, underställd omsorgschef, har det övergripande ansvaret för bland annat särskilda boenden för äldre. I kommunen finns idag nio särskilda boenden för äldre med totalt 343 platser samt 26 korttidsplatser. Enligt vård- och omsorgschef är 93 % av personalen utbildade undersköterskor. För respektive boende ansvarar en områdeschef som sedan 2011 är placerade på boendena. Tidigare var områdescheferna placerade centralt med självplanerande arbetslag ute på boendena.

Enligt våra intervjuer har områdeschefernas placering på boendena medfört tydligare styrning och enhetlighet i verksamheten. Omvårdnadspersonal beskriver att det är en trygghet att närmaste chefen finns i huset och en del av arbetsteamet.

Inom de olika boendena finns ett antal arbetslag om 6-9 omvårdnadspersonal.

Inom varje arbetslag finns en s. k Lots utsedd vars uppdrag bland annat är att svara för stöd i arbetet med att dokumentera insatser samt att planera det dagliga arbetet med behovsstyrd underscheman.

Kommentar

Ett verksamhetsnära ledarskap med stödjande chefer är en av flera faktorer som bedöms vara betydelsefull för styrning och uppföljning av kvaliteten i verksamheten. Vi menar att det har betydelse om chefen ser och uppmärksammar personalens bemötande mm i sitt omvårdnadsarbete. Vi ser därför positivt på att sektorn har sina områdeschefer placerade ute på de olika boendena. Vi ser också en fördel i att det finns en utsedd person i alla arbetslag med ansvar för bland annat den dagliga planeringen utifrån brukarnas behov.

Att nära nog all omvårdnadspersonal har undersköterskeutbildning är också en faktor som har betydelse för kvaliteten i omvårdnadsarbetet.

8.2 Kvalitetsledningssystem

Både socialtjänstlagen och hälso-och sjukvårdslagen föreskriver att kvaliteten i verksamheten ska utvecklas och säkras systematiskt och fortlöpande. Lagens krav har konkretiserats i Socialstyrelsens skrift avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOFS 2011:9). Det ställer krav på att ledningssystemet ska omfatta alla delar av verksamheten och ange hur ansvaret för kvalitetsarbetet och patientsäkerheten ska vara fördelat, d v s att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

För planering, ledning och uppföljning av verksamheten har omsorgsnämnden sedan år 2014 ett färdigt kvalitetsledningssystem. Systemets innehåll följer vad lagstiftning och föreskrifter stadgar, processer, aktiviteter, rutiner, riktlinjer och intern kontroll. Kvalitetsledningssystemet är även utvidgat med ekonomi- och personalstöd. Systemet är, enligt våra intervjuer, tillgängligt för alla inom förvaltningen på intranätet dock uppges det vara skapat mer ur ett chefsperspektiv.

Som en del av kvalitetsledningssystemet inleddes, enligt våra intervjuer, ett arbete/uppdrag under hösten 2015 med att respektive särskilt boende skall upprätta en dokumenterad verksamhetsbeskrivning enligt Loke-modellen, lokal evidens. Syftet är att tydliggöra verksamhetens uppdrag, arbetssätt, verksamhetsmål och uppföljning.

Kommentar

Vi bedömer att nämnd och förvaltning har ett utvecklat ledningssystem för kvalitet för hela omsorgsverksamheten, inkluderat äldreboenden. Enligt såväl förvaltningen som vår övergripande insyn i systemet är det utformat enligt Socialstyrelsens föreskrifter.

8.3 Mål, riktlinjer, värdegrund och värdighetsgarantier

8.3.1 Mål och riktlinjer

Utifrån fullmäktiges kommunövergripande vision och mål har omsorgsnämnden i sin verksamhetsplan för 2016-2018 beslutat om följande förvaltningsmål avseende medborgar/kundmål:

- Brukaren skall alltid/oftast uppleva ett gott bemötande. Visionen är att år 2016 skall frågan om personalens bemötande vara maxvärdet.
- Informationen till medborgaren och brukaren om omsorgsförvaltningens insatser ska vara så utformad att det tydligt framgår vad den enskilde kan förvänta sig.
- Den psykiska ohälsan i form av lättare och svårare besvär av oro och ångest hos äldre med hemtjänst och i särskilt boende ska minska varje år.

Av förvaltningens uppföljning av målen 2015 framgår att 94 % av brukarna inom särskilt boende upplever ett gott bemötande jämfört med år 2014 då resultatet var 96 %. Det innebär ett något sämre resultat för bemötandefrågan.

På frågan om den psykiska ohälsan svarade 62 % av brukarna att de hade lättare eller svårare besvär av oro jämfört med 61 % år 2014. Även i denna fråga är resultatet något sämre än tidigare år.

När det gäller målen för medarbetarperspektivet lyfts fram att medarbetarna skall vara nöjda i frågor som rör delaktighet, respektfullt bemötande, ledarskap och personlig utveckling.

Enligt sektionschefen skall förvaltningsmålen brytas ned till verksamhetsmål under år 2016.

För arbetslagen i särskilt boende för äldre har omsorgsnämnden år 2006 antagit särskilda mål vilka är reviderade av förvaltningens ledningsgrupp 2011. Dessa mål, totalt 10 st., fokuserar på bemötande, arbetsstruktur, personlig omvårdnad service samt hälso- och sjukvård.

Av omsorgsförvaltningens dokument ”Målbild Kvalitetsarbetet” framgår att under hösten 2015-våren 2016 skall:

- Upprättas verksamhetsbeskrivningar enligt Loke
- Upprättas kvalitetsårshjul
- Systematisera risk-egenkontroll-avvikelser under året
- Tydliggöras när och hur resultat skall följas, hanteras och återkopplas.
-

Under hösten 2016:

- Revidera verksamhetsberättelser
- Bygga in övergripande mål/uppföljningar i verksamhetsbeskrivningar

- Komma igång med risk-egen kontroll-avvikelser
- Påbörja arbetet med att ta fram underlag för uppföljning-analys-återkoppling per chefsområde.

Våren 2017:

- Styra verksamheten utifrån resultat från risk/egenkontroll/avvikelse mot övergripande mål (som återfinns i verksamhetsbeskrivningar).
- Börja med tertialuppföljningar kopplat till målstyrning utifrån framtagna rapporter.

Bland de vi intervjuat finns det de som anser att det saknas en strategi för hur nå målen medan andra menar att Loke-modellen kommer att innebära ett tydligare arbetssätt för nå målen.

8.3.2 Värdegrund och värdighetsgarantier

Oavsett verksamhet i Värnamo kommun så skall kommunens medarbetare stå under samma värdegrund som innebär följande:

- Sätta behov och intresse hos dem man är till för i centrum.
- Ta ett aktivt ansvar för att utveckla verksamheten och oss själva.
- Samverka och ta tillvara våra kompetenser.
- Respektera varandras åsikter, roller och funktioner
- Verka för att alla skall uppleva arbetsglädje, kunna sätta in sitt arbete i ett större sammanhang, trivas och känna stolthet.

Den kommunövergripande värdegrunden har brutits ned till en värdegrund för arbetet inom äldreomsorgen. Den handlar sammanfattningsvis om gott bemötande som präglas av respekt för den enskildes privata sfär, möjlighet till självbestämmande och delaktighet. Det handlar även om att verksamheterna individanpassar arbetssätt, planering och genomförande av insatser.

Enligt våra intervjuer har kommunens och omsorgsnämndens värdegrund gått igenom med alla arbetslag, den diskuteras på arbetsplatsträffar och beskrivs vara väl känd.

Omsorgsnämnden har också år 2012 infört en lokal värdighetsgaranti i vilken nämnden lovar brukaren i särskilt boende bland annat:

- Att brukaren har en kontaktperson bland personalen från inflyttningsdagen
- Att kontaktpersonen samtalar med brukaren om hur och när han/hon vill ha sina insatser utföra och skriver ned detta i en genomförandeplan.
- Genomförandeplanen skall vara klar inom två veckor från inflyttning och följs upp minst var 6:e månad.
- Att brukaren erbjuds att delta i gemensamma aktiviteter och samvaro varje dag. Individuella aktiviteter utformas efter genomförandeplanen.
- Det finns personal tillgänglig dygnet runt.

Enligt sektionschefen följdes värdighetsgarantin upp och reviderades under sommaren 2015 bland annat med anledning av påpekandet i den revisionsrapport som lämnades i juni 2015.

Information om värdighetsgarantin och broschyr lämnas till brukaren vid inflyttningsamtalen där brukaren även får information om hur synpunkter kan lämnas på verksamheten.

Brukarens utsedda kontaktperson har ansvar för uppföljning av att värdighetsgarantin efterlevs via genomförandeplanerna. Områdeschef gör också stickprovsvisa granskningar av genomförandeplaner.

Kommentar

Vi konstaterar att omsorgsnämnden i huvudsak har konkretiserat fullmäktiges övergripande mål och fastställt egna förvaltningsmål, en värdegrund och värdighetsgarantier för kvalitet och bemötande. Det återstår dock att bryta ned förvaltningsmålen till mätbara verksamhetsmål. Det är ett arbete som skall påbörjas under innevarande år och vi rekommenderar att så sker och fullföljs. Det inledda arbetet med verksamhetsbeskrivningar enligt Loke-modellen är enligt vår mening ett bra sätt att tydliggöra kvaliteten i respektive boende.

Intrycket från intervjuerna är att personalen är uppmärksam på bemötandefrågor och kvalitet i verksamheten och att det diskuteras kontinuerligt på arbetsplatsträffar. Flera av de intervjuade talar om att en ny syn på äldre har uppstått jämfört med tidigare, att det är viktigt med brukarens enskilda behov och förutsättningar i omsorgsarbetet.

8.4 Kvalitetsregister

Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg med syfte att förbättra det förebyggande arbetet när det gäller trycksår, fall, undernäring och dålig munhälsa. I systemet registreras riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att därmed förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för patienter och personer i landstingens/regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas sociala omsorgsverksamheter.

Inom särskilda boenden i Värnamo kommun används Senior Alert sedan år 2013 och under år 2014 anställdes två undersköterskor med särskilt kvalitetsansvar samt för registreringar i Senior Alert. Av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2015 framgår att 94 % av alla äldre inom särskilt boende är registrerade i Senior Alert.

BPSD

BPSD är ett kvalitetsregister där personal skattar oro, mat, sömn medicinska faktorer mm för brukare med demenssjukdom eller demenssymtom.

I Värnamo arbetar undersköterskor med detta register sedan år 2012 och detta används frekvent. Då registrering och redovisning av olika sjukdomar skall ske på samma sätt blir detta en arbetsmetod som innebär att även arbetet blir mer inriktat mot samma synsätt och problemområden. Arbetet blir således enhetligt.

Palliativregister

Ett kvalitetsregister för att få överblick över vården i livets slutskede och systematiskt kunna arbeta med förbättringar. Palliativregistret används inom särskilda boenden sedan år 2013 och följs upp i den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

Kommentar

Vi konstaterar att omsorgsförvaltningen i Värnamo kommun använder och följer upp de kvalitetsregister för sjuka äldre inom särskilt boende som SKL tagit fram som ett utvecklingsstöd i kommunernas vård- och omsorgsarbete. Utöver mål, riktlinjer och värdighetsgarantier utgör registren ytterligare ett sätt att säkerställa förutsättningar för kvalitet i verksamheten.

8.5 Rutin för avvikelshantering, synpunkter och klagomål

Avvikelse

Det finns en dokumenterad rutin för avvikelshantering antagen av förvaltningens ledningsgrupp 2015-11-12. Rutinen beskriver rapporteringen, vad som bör rapporteras och handläggning av en avvikelse. Av rutinen framgår att alla medarbetare har skyldighet och ansvar att rapportera avvikelse som man observerat eller varit inblandad i. Rutinen gäller både särskilt boende och hemtjänstverksamhet.

För avvikelserapportering används en modul i verksamhetssystemet Magna Cura. Signerad rapport skickas till sjuksköterska eller rehab.personal som klassificerar allvarlighetsgraden, signerar och skickar till områdeschef. Allvarlighetsgraden utgår från nivå 1-5 där 1 står för administrativ/organisatorisk avvikelse och ingen brukare fysiskt inblandad och nivå 5 bedöms som allvarlig bestående skada.

Områdeschef behandlar och åtgärdar avvikelserna samt återkopplar till annan berörd yrkeskategori. Vid allvarlighetsgrad 3-5 skickas rapporten till medicinskt ansvarig sjuksköterska som bedömer Lex Maria och eller gör händelseanalys.

Enligt våra intervjuer är rutinen för avvikelserapportering allmänt känd emellertid beskrivs tekniken i datastödet Magna Cura som krånglig och det finns ingen samordning mellan hälso- och sjukvårdspersonal och socialtjänstpersonal.

Det riskerar enligt intervjuerna att det inte görs någon rapportering vid en avvikelse. Dock åtgärdas alltid avvikelsen även om den inte har dokumenterats.

Samtliga avvikelser som rapporterats i Magna Cura sammanställs och redovisas för omsorgsnämnden kontinuerligt. Av kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen framgår att totalt 2 973 avvikelser rapporterats under år 2015 varav 2 280 rapporter avser fall och läkemedel. Sammanställningen av avvikelserrapportering avser all verksamhet inom omsorgsförvaltningen. Händelser av allvarlig karaktär anmäls de till inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Rapporter enligt Lex Sarah

Lex Sarah innebär en skyldighet att rapportera missförhållanden eller risk för missförhållanden kring brukare till IVO och gäller inom socialtjänsten och funktionshinderverksamhet. Omsorgsförvaltningen har dels en dokumenterad rutin för rapportering, dels rutin för utredning och anmälan samt för hantering av rapport om missförhållanden/ risk för missförhållande.

Enligt rutinen för utredning och anmälan av missförhållanden/risk för missförhållanden ansvarar registrator för att en anmälan redovisas för omsorgsnämnden vid nästkommande sammanträde.

Av kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen framgår att sex rapporter har rapporterats enligt Lex Sarah under 2015 varav en ansetts som allvarlig och rapporterats vidare till IVO.

Synpunkter och klagomål

Blankett för synpunkter och klagomål finns på kommunens hemsida, ute på boendena samt ges information om detta på broschyren avseende värdighetsgarantierna som lämnas till brukare vid inflyttning till särskilt boende.

Av kvalitet- och patientsäkerhetsberättelsen framgår att det under 2015 inkommit totalt 120 synpunkter till förvaltningen varav 30 klagomål och av dessa klagomål har 9 gällt särskilt boende.

Brukarundersökningar

Kommunen har fram till år 2015 haft årliga brukarenkäter. Dessa brukarenkäter har redovisats till omsorgsnämnden vid varje tillfälle som de genomförts.

Socialstyrelsen har gjort en granskning av äldreomsorgen som heter ”Vad tycker de äldre om” år 2014. Resultatet för särskilt boende visar på att Värnamo jämfört med riket, Nässjö och Gislaved gällande:

- **Påverkan** är i nivå med riket och Nässjö kommun men en bit under Gislaveds kommun
- **Bemötande** är i nivå med riket och något under Nässjö och Gislaved

- **Förtroende** för personalen är i nivå med Nässjö och Gislaved och högre än riket
- **Trygghet** är i nivå med Nässjö och Gislaved och högre än riket
- **Nöjdhet med aktiviteter** är lägre än Gislaved och Nässjö och högre än riket
- **Nöjdhet sammantaget med äldreboendet** är i nivå med Nässjö och Gislaved och högre än riket.

Från och med hösten år 2015 har omsorgsförvaltningen i Värnamo inlett ett arbete med att genomföra personliga djupintervjuer med brukare inom bland annat särskilt boende. Syftet är att få mer information än vad enkäter kan ge och få större brukarfokus. Enligt planeringen genomförs 2 djupintervjuer/områdeschef, totalt ca 50 brukare per år.

Djupintervjuerna skall kompletteras med en personalenkät om vad de tror att brukarna tycker om vården för att få information över om brukarens respektive personalens upplevelse/uppfattnings stämmer överens.

Hittills har ett 30-tal brukare inom särskilt boende intervjuats och planeringen är att förvaltningens egna intervjuer skall ske årligen med ett slumpmässigt urval av brukare.

Handlingsplaner upprättas på områdeschefsnivå för fortsatt arbete med det som framkommit via brukarundersökningar, intervjuer och personalenkät.

Kommentar

Granskningen visar att omsorgsnämnden har riktlinjer och rutiner för avvikelserapportering, synpunkter och klagomål och anmälan enligt Lex Sarah. Dessa gäller för bland annat verksamhet inom särskilda boenden. Rutinbeskrivningarna är tydliga över vad som skall rapporteras och vem som ansvarar för vad i rapporteringsprocessen. Enligt våra intervjuer är rutinerna för avvikelserapportering väl kända ute verksamheten.

Då tekniken i verksamhetssystemet Magna Cura upplevs som så krångligt att det finns risk för att rapporteringar inte sker menar vi att nämnd och förvaltning bör överväga att införa ett mer ändamålsenligt och okomplicerat system för avvikelserapportering. Det är av stor vikt att samtliga avvikelser dokumenteras och åtgärder vidtas för ständig kvalitetsförbättring inom verksamheten.

När det gäller sammanställning och redovisning av avvikelserapporter ser vi en fördel i att en särredovisning görs för särskilda boenden och övriga verksamheter inom omsorgsförvaltningen. Av nuvarande redovisning går inte att utläsa inom vilken verksamhet/särskilt boende som avvikelser/brister och fel uppstått.

När det gäller att hämta in brukarnas upplevelse/uppfattning om den vård och omsorg de erhåller menar vi att det är i rätt riktning omsorgsförvaltningens har gått med enskilda fördjupade intervjuer istället för enkätundersökningar. Det är inte ovanligt att det är anhöriga som svarar på enkäter vilket inte alltid stämmer överens med vad brukaren tycker.

8.6 Individuell behovsbedömning inom särskilt boende

Omsorgsnämnden i Värnamo kommun har 2015-03-01 infört individuell behovsbedömning för personer med beslut om plats i särskilt boende. Dessförinnan innebar ett beslut om plats i särskilt boende för äldre ett helinackorderings-allt i ett-beslut. Förändringen till individuella insatsbeslut innebär att den boende nu har möjlighet att överklaga insatsbeslutet om han/hon inte är nöjd med beslutet. Individuella insatsbeslut innebär också att beslutet skall följas upp och omprövas löpande.

Enligt våra intervjuer har inte något individuellt beslut om insatser i särskilt boende följts upp eller omprövats av biståndsbedömare under det dryga år som gått sedan förändringen infördes. Biståndsbedömare har inte haft någon kontakt med brukaren efter beslut om plats och insats i särskilt boende. Någon rutin för avstämning mellan omvårdnadspersonal och biståndsbedömare finns inte.

Såväl omvårdnadspersonal som områdeschefer beskriver att biståndsbedömarens insatsbeslut/uppdrag till omvårdnadspersonalen inte alltid stämmer överens med vad de själva bedömer vara brukarens behov. Det medför att personalen gör mer eller mindre än vad beslutet anger. Att brukaren faktiskt får det som han/hon har behov av följs upp via genomförandeplaner och vid individkonferenser där omvårdnadspersonal, områdeschef, sjuksköterska och rehab-personal diskuterar brukarnas behov. Biståndsbedömare deltar inte vid dessa möten enligt våra intervjuer.

Kommentar

Omsorgsnämndens beslut om att ersätta helinackorderingsbeslut med individuella insatsbeslut inom särskilt boende från och med våren 2015 visar på en ambition att stärka brukarnas rättssäkerhet och öka kvaliteten för personer med plats i särskilt boende för äldre. Individuella insatsbeslut inom särskilda boenden är också i enlighet med lagstiftarens intentioner och föreskrifter för verksamheten.

Förändringen har dock hittills inte inneburit någon egentlig förbättring då det saknas uppföljningar och omprövningar av behovsbesluten. Personal vid särskilda boenden erfar att brukarnas behov av insatser inte stämmer överens med biståndsbedömarens beslut. Personal ger därför mer eller mindre insatser än vad brukaren beviljats utifrån egen bedömning av behovet. Får de mindre insatser än vad som beviljats är det oacceptabelt ur rättssäkerhetssynpunkt och mer insatser kan det riskera att kostnadsnivån för kommunen blir högre än vad som är nödvändigt.

Socialstyrelsen har i sina rekommendationer för biståndsbedömning påtalat att kommunen minst en gång per år skall följa upp ärenden oaktat det är påkallat eller inte. Vi anser dock att nya beslut skall ha betydligt kortare uppföljningstider än så.

Det är fullt rimligt med beslut på en eller tre månader inledningsvis där täta uppföljningar ger stora möjligheter till att biståndsbedömare och omvårdnadsperson kan finna rätt omvårdnadsbehov.

Att biståndsbedömare är med på de individkonferenser som hålls ser vi som en stor fördel i att arbetet med att följa upp individuella biståndsbeslut och ev. omprövning av dessa.

8.7 Rutin och system för personalbemanning

Inom alla särskilda boenden har sedan år 2015 införts ett s. k underschema för den dagliga planeringen utifrån det övergripande grundschema som utgår från antal personal vid respektive boende. Underschemat planeras utifrån de boendes behov av en särskilt utsedd schemaansvarig; en Lots. Det dagliga underschemat visar på vad var och en av personalen skall göra för respektive brukare eller om personalen har ett ansvar för köket.

Underschemat utgår från brukarnas genomförandeplaner där det skall framgå hur, när och vem insatserna skall utföras. För underschemat finns inte något särskilt datasystem, personalen planerar detta i ett exel-ark.

Enlig våra intervjuer fungerar det införda underschemat bra, var och en i arbetslaget vet vem som gör vad. Det blir synligt att respektive brukare får vad den har behov av. Underschemat upplevs som ett styrinstrument för struktur i arbetet.

Kommentar

Utifrån de boendes vård- och omsorgsbehov beslutar biståndsbedömare om individuella insatser. Dessa beslut skall utgöra grunden för de genomförandeplaner som upprättas för respektive brukare. Genomförandeplanen utgör i sin tur grunden för den dagliga planeringen av insatserna och bemanningen av vid särskilt boende. Trots att biståndsbedömarnas insatsbeslut inte alltid följs är det vårt intryck att brukarna får det som de faktiskt har behov av. Underschemat synes vara ett tydligt och strukturerat sätt att planera omsorgsarbetet inom särskilda boenden.

Vi anser dock att det finns anledning att uppmärksamma omsorgsnämnden på vikten av uppföljning och omprövning av de individuella insatsbesluten inom särskilda boendena.

8.8 Arbetsmiljö inom äldreboenden

Arbetsmiljön inom särskilt boende har inte varit ett prioriterat område i denna granskning. Frågan om arbetsmiljön har berörts övergripande samt vad nämnd och förvaltning har vidtagit för åtgärder med anledning av nya föreskrifter från Arbetsmiljöverket som gäller från och med 2016-03-31.

De nya föreskrifterna från Arbetsmiljöverket om organisatorisk och social arbetsmiljö reglerar kunskapskrav, mål, arbetsbelastning, arbetstid och kränkande särbehandling.

2016-05-04

Enligt våra intervjuer har kommunstyrelsens personalavdelning beslutat om en utbildning för alla chefer tillsammans med skyddsombud i kommunen. Från förvaltningen framförs att arbetsmiljöfrågor alltid tas upp på lednings-och arbetsplatsmöten och att det nuläget inte finns behov av att arbeta annorlunda med anledning av de nya föreskrifterna.

KPMG, dag som ovan

Kerstin Ingvarsson
Konsult

Kristian Gunnarsson
Kundansvarig