

Intern kvalitetsgranskning®

Särskilt boende
2012

Elizabeth Lindholm Hahne

Innehållsförteckning:

1.	Syfte och bakgrund	3
2.	Modell för IKG	4
2.1	Styrinstrument.....	5
2.1.1	Socialtjänstlagen	5
2.1.2	Hälso- och sjukvårdslagen	5
2.1.3	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd	5
2.1.4	Kvalitetspolicy	5
2.1.5	Kommunfullmäktiges mål	6
2.1.6	Äldreplan	6
2.1.7	Strategi och budget	6
2.1.8	Kvalitetsdeklarerad tjänst	7
2.1.9	Riktlinjer och rutiner för genomförandet av insatser	7
2.1.10	Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) riktlinjer, kartläggning och uppföljning	7
3.	Metod och genomförande	8
3.1	Kvalitetsindikator	8
3.2	Resultat kvalitetsindikatorer	8
3.3	Bedömning kvalitetsindikatorer	8
3.4	Handlingsplan	8
3.5	Uppföljning.....	9
3.6	Rapportering	9
3.7	Mätplan.....	9
4.	Referenser	11

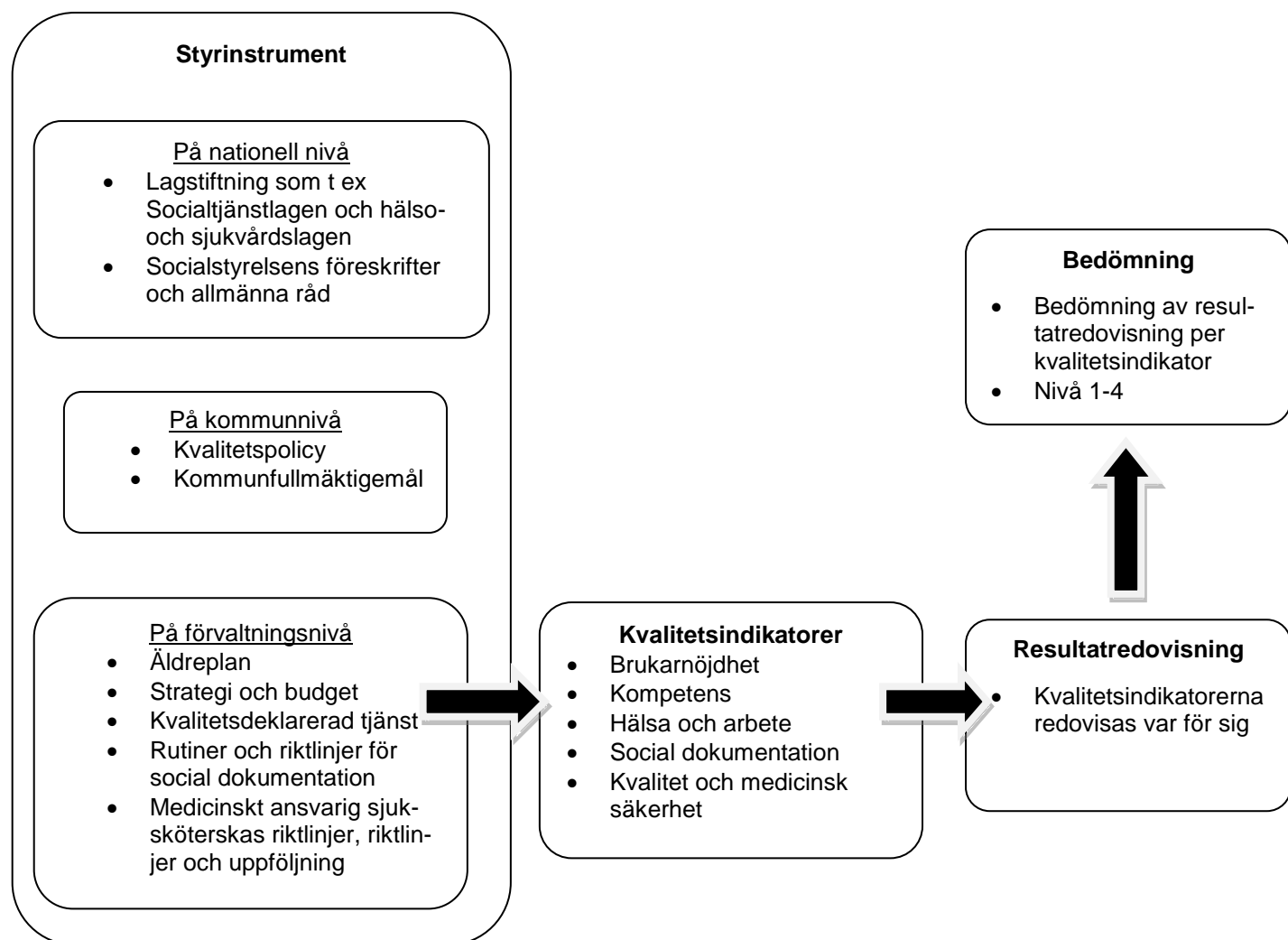
1. Syfte och bakgrund

Syftet med kvalitetsgranskningen är att säkerställa att enheten uppfyller de kvalitetskrav som äldreförvaltningen har på samtliga verksamheter inom äldrenämndens ansvarsområde, samt att stimulera till ett aktivt kvalitetsarbete i verksamheten.

Utgångspunkterna i granskningen är socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen, socialstyrelsens allmänna råd och bestämmelser, kommunens kvalitetspolicy, äldreplanen, strategi och budget, verksamhetsplan, de kvalitetsdeklarerade tjänsterna, rutiner och riktlinjer för social dokumentation, MAS-riktlinjer och enhetens lokala verksamhetsplan.

2. Modell för IKG

Modellen nedan beskriver flödet från lagstiftning och kommunövergripande policy till nämnd- och förvaltnings specifika styrdokument som utgångspunkt för IKG. I modellen åskådliggörs också de lokala kvalitetsindikatorer som bidrar till den sammanlagda bilden av enhetens kvalitet.



2.1 Styrinstrument

IKG utgår från ett antal styrinstrument som ligger till grund för den granskade verksamheten. Dessa styrinstrument återfinns på såväl nationell, som kommunal och förvaltningsspecifik nivå. Styrinstrumenten beskrivs kortfattat nedan.

2.1.1 Socialtjänstlagen¹

Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag som ger kommunerna förutsättningarna att utveckla socialtjänsten. De vägledande principerna som socialtjänstlagen vilar på är *helhetssyn, frivillighet och självbestämmande, kontinuitet, normalisering, flexibilitet, närhet samt valfrihet*.

2.1.2 Hälsa- och sjukvårdslagen²

Hälsa- och sjukvårdslagens övergripande mål för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Kommunens ansvar är att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i socialtjänstlagen, (särskilt boende).

2.1.3 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd³

Socialstyrelsen ger ut föreskrifter och allmänna råd om hur socialtjänstlagen ska tillämpas inom dess olika områden. I september 2006 publicerades därtill en föreskrift om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt socialtjänstlagen. Den föreskriver att kommun och nämnd ska arbeta för att *kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och inrätta ett kvalitetssystem för det systematiska kvalitetsarbetet*.

2.1.4 Kvalitetspolicy

Ramen för kvalitetsarbetet utgörs av Kommunfullmäktiges Mål och budgetdokument. Policyn är en del av Haninge kommuns styrmodell. I policyn fastställs principer för hur mål, strategier och åtaganden ska formuleras och följas upp. Principerna formuleras som ett antal kvalitetskriterier för verksamheten. Kvalitetspolicyn fastställs av kommunstyrelsen i syfte att säkerställa kvaliteten i kommunens verksamheter. Kvalitetspolicyn fastställer ansvarsfördelning för arbetet.

¹ Socialtjänstlagen, SFS 2001:453

² Hälsa- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763

³ SOSFS 2006:11

Kvalitet i Haninge kommun är att med ständiga förbättringar tillgodose medborgarnas krav och behov utifrån lagar, mål och ekonomiska förutsättningar. Utöver detta följer verksamheterna de krav som ställs i nationella styrdokument och lokalt bestämda kvalitetssystem.

Gemensamma kriterier för kvalitetsarbetet i Haninge kommun är:

- Bemötande
- Inflytande
- Tillgänglighet
- Trygghet

2.1.5 Kommunfullmäktiges mål⁴

För att skapa tydlighet i styrning och uppföljning samlas kommunfullmäktiges mål i tre målområden.

- Ekologisk hållbarhet
- Social hållbarhet
- Ekonomisk hållbarhet

Kommunfullmäktiges mål som berör äldrenämnden åtföljs av nämndens strategier som i sin tur åtföljs av ett antal åtaganden och aktiviteter.

2.1.6 Äldreplan⁵

Äldreplanen är en tioårsplan skriven utifrån medborgar- och brukarperspektiv och är ett vägledande dokument för kommunens planerings- och utvecklingsarbete inom äldreområdet.

2.1.7 Strategi och budget⁶

Äldrenämnden ansvarar för att kommunfullmäktiges mål bryts ner på nämnd- och förvaltningsnivå och beslutar om strategier för verksamheten. Kommunfullmäktige har dessutom riktat ett antal uppdrag till äldrenämnden.

Äldreförvaltningen omsätter dessa mål och strategier i åtaganden och aktiviteter, det vill säga *vad* och *hur* vi ska bedriva äldreomsorg. Denna *verksamhetsplan* utgör i sin tur en vägledning för chefer på enhetsnivå att i samråd med sina medarbetare upprätta en *lokal verksamhetsplan*.

⁴ I denna granskning avses KF-mål 2012-2013

⁵ I denna granskning avses Äldreplan 2011-2018

⁶ I denna granskning avses Strategi och budget samt verksamhetsplan 2012-2013

2.1.8 Kvalitetsdeklarerad tjänst⁷

Enligt kvalitetspolicyn ska den kvalitet som verksamheterna erbjuder redovisas i syfte att göra den känd för medborgarna. Utgångspunkten är att medborgarna har rätt att få veta vad de kan förvänta sig av de tjänster som kommunen har ansvar för, men också vad de inte kan förvänta sig. Den kvalitetsdeklarerade tjänsten beskriver tjänstens innehåll (vad) och tjänstens kvalitet (hur).

En kvalitetsdeklarerad tjänst ska uppfylla de gemensamma kvalitetskriterierna och ge medborgarna en beskrivning av vad de kan förvänta sig av tjänsten.

2.1.9 Riktlinjer och rutiner för genomförandet av insatser

Syfte och mål med riktlinjerna är att de enskilda ska få så bra service, omsorg och vård utifrån biståndsbeslut och sina individuella behov så att de känner trygghet med Haninge kommuns äldreomsorg.

Riktlinjerna syftar till att vägleda personalen och skapa en samsyn kring vilka arbetssätt som ska gälla för individuell planering, dokumentation och uppföljning av genomförandet av insatser inom äldreomsorgen i Haninge kommun.

2.1.10 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) riktlinjer, kartläggning och uppföljning

Enligt bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen ska kvaliteten inom hälso- och sjukvården i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Det innebär att på olika sätt följa upp verksamheterna och kontinuerligt säkra att kvaliteten och säkerheten i vården och omhändertagandet av brukarna i de särskilda boendeformerna tillgodoses. För att mäta och följa upp kvaliteten används socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.

⁷ Kvalitetsdeklarerad tjänst här avser särskilt boende för dig som fyllt 65 år

3. Metod och genomförande

3.1 Kvalitetsindikator

- Beskriver kvalitet ur de tre perspektiven (organisation/ledning, brukare och personal)
- Resultatet är mät- och jämförbart
- Kan relateras till uppställda åtaganden, riktlinjer och krav

3.2 Resultat kvalitetsindikatorer

Samtliga resultat för kvalitetsindikatorerna redovisas i procent utifrån relaterat krav/åtagande/riktlinjer. I de fall då en kvalitetsindikator består av flera mät-delar och mått redovisas dessa för sig och vägs sedan ihop till ett samlat resultat för indikatorn.

Till exempel så finns det för brukarnöjdheten tre åtaganden i strategi och budget – för bemötande 90 %, för delaktighet 75 % och för NöjdBrukarIndex, NBI, 74. En enhet kan ha bemötande 70 %, delaktighet 72 % och NBI 80. Resultat blir för bemötande ($70/90 = 78 \%$), för delaktighet ($72/75 = 96 \%$) och för NBI: 100 %. Resultatet för indikator brukarnöjdhet blir: $78 \% + 96 \% + 100 \% / 3 = 91 \%$.

3.3 Bedömning kvalitetsindikatorer

Bedömningen bygger på fyra nivåer och respektive kvalitetsindikator redovisas för sig. Ingen viktning av kvalitetsindikatorerna sker, utan varje indikator bedöms för sig. Tillsammans ger resultatet för samtliga indikatorer en bild om enhetens starka och svaga sidor. Enheten måste minst uppnå nivå 2 i samtliga kvalitetsindikatorer för att bedömas som godkänd. Bedömningen redovisas till nämnd.

1. Uppfyller kraven: 90 – 100 % av målet/målen är uppnådda.
Exemplet ovan: Enheten når i brukarnöjdhet 91 %.

2. Uppfyller till stora delar kraven: 80 - 89 % av målet/målen är uppnådda.

3. Uppfyller delvis kraven: 70 – 79 % av målet/målen är uppnådda.

4. Uppfyller inte kraven: 0 – 69 % av målet/målen är uppnådda.

3.4 Handlingsplan

Om enheten inte är godkänd i en eller flera av kvalitetsindikatorerna ska en handlingsplan upprättas. Denna handlingsplan ska beskriva hur man kommer att arbeta för att uppnå nivå 1-2 i de kvalitetsindikatorer som inte blivit godkända (nivå 3-4).

3.5 Uppföljning

Handlingsplanen följs upp av granskarna inom 3-6 månader och resultatet redovisas till nämnd.

3.6 Rapportering

Resultatredovisningen och bedömningen presenteras i 8 delrapporter för särskilt boende, en för varje arbetsenhet.

3.7 Mätplan

Nedan följer mätplanen som används vid den interna kvalitetsgranskningen inom särskilt boende.

Perspektiv	Kvalitetsindikator	Verktyg för mätning	Mått	Relateras till
Brukare	Brukarnöjdhet	Brukarundersökning Nöjd Brukar Index	Bemötande Delaktighet och inflytande NBI, Nöjd Brukar Index	Åtagande i strategi och budget
Personal	Kompetens	Validering	Kan Kan med komplettering	Yrkeskrav Kravmärkt Yrkesroll
Personal	Hälsa och arbete	Statistik sjukfrånvaro Medarbetarenkät	Sjukfrånvaro Nöjd medarbetarindex (NMI)	Åtagande i strategi och budget Åtagande i strategi och budget
Organisation/ ledning	Social dokumentation	Granskning av genomförandeplaner	Andel inkomna genomförandeplaner Informationsmängd på inkomna genomförandeplaner	Åtagande i strategi och budget, kvalitetsdeklarerad tjänst, riktlinjer och rutiner för individuell planering, dokumentation och uppföljning av genomförandet av insatser inom äldreomsorgen i Haninge
Organisation och ledning	Kvalitet och medicinsk säkerhet	MAS-uppföljning	Läkemedelsgenomgångar, trycksår, fall, undernäring samt vård i livets slutskede	Åtagande i strategi och budget, Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer och MAS-riktlinjer, kartläggning och uppföljning

4. Referenser

Referenser:

Socialtjänstlagen, SFS 2001:453

Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2006:11

Mål & Budget 2012-2013, kommunfullmäktiges budget

Kommunens kvalitetspolicy

Äldreplan 2011-2018

Strategi och budget samt verksamhetsplan 2012-2013, äldrenämnden

Kvalitetsdeklarerad tjänst "Särskilt boende för dig som fyllt 65 år"

Riktlinjer och rutiner för individuell planering, dokumentation och uppföljning av genomförandet av insatser inom äldreomsorgen i Haninge

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) riktlinjer, kartläggning och uppföljning