

# Kvalitetsgranskning och verksamhetsuppföljning

---

## Kvalitetsgranskning och verksamhetsuppföljning av verksamheter inom äldreomsorgen Haninge kommun

Anna-Carin Wallin  
Anna Sjösten Yderhag

**Postadress**  
136 81 Haninge

**Besöksadress**  
Rudsjöterrassen 2

**Telefon**  
Växel: 08-606 70 00

**Fax/e-post**  
08-606 74 41  
aldreforvaltningen@haninge.se

**Postgiro**  
1265-8

**Bankgiro**  
356-5975





## Innehållsförteckning

1.	Syfte och bakgrund	3
2.	Modell för uppföljning	4
2.1	Styrinstrument	5
2.1.1	Socialtjänstlagen	5
2.1.2	Hälsa- 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	6
2.1.9	Riktlinjer och rutiner för genomförande av insatser	7
3	Metod och genomförande	8
3.1	Kvalitetsindikator	8
3.2	Resultat kvalitetsindikator	8
3.3	Bedömning av kvalitetsindikatorer	8
3.4	Verksamhetsuppföljning	8
3.5	Handlingsplan	8
3.6	Uppföljning	8
3.7	Rapportering	8
3.8	Mätplan	9
4	Referenser	11





## **1. Syfte och bakgrund**

Syftet med granskningen och uppföljningen är att säkerställa att verksamheterna uppfyller de kvalitetskrav som äldreförvaltningen har på samtliga verksamheter inom äldrenämndens ansvarsområde som utför insatser enligt socialtjänstlagen samt att stimulera till ett aktivt kvalitetsarbete i verksamheten.

Syfte är även att följa upp verksamheterna utifrån avtalsuppföljning, riktlinjer, bestämmelser och lagstiftning.

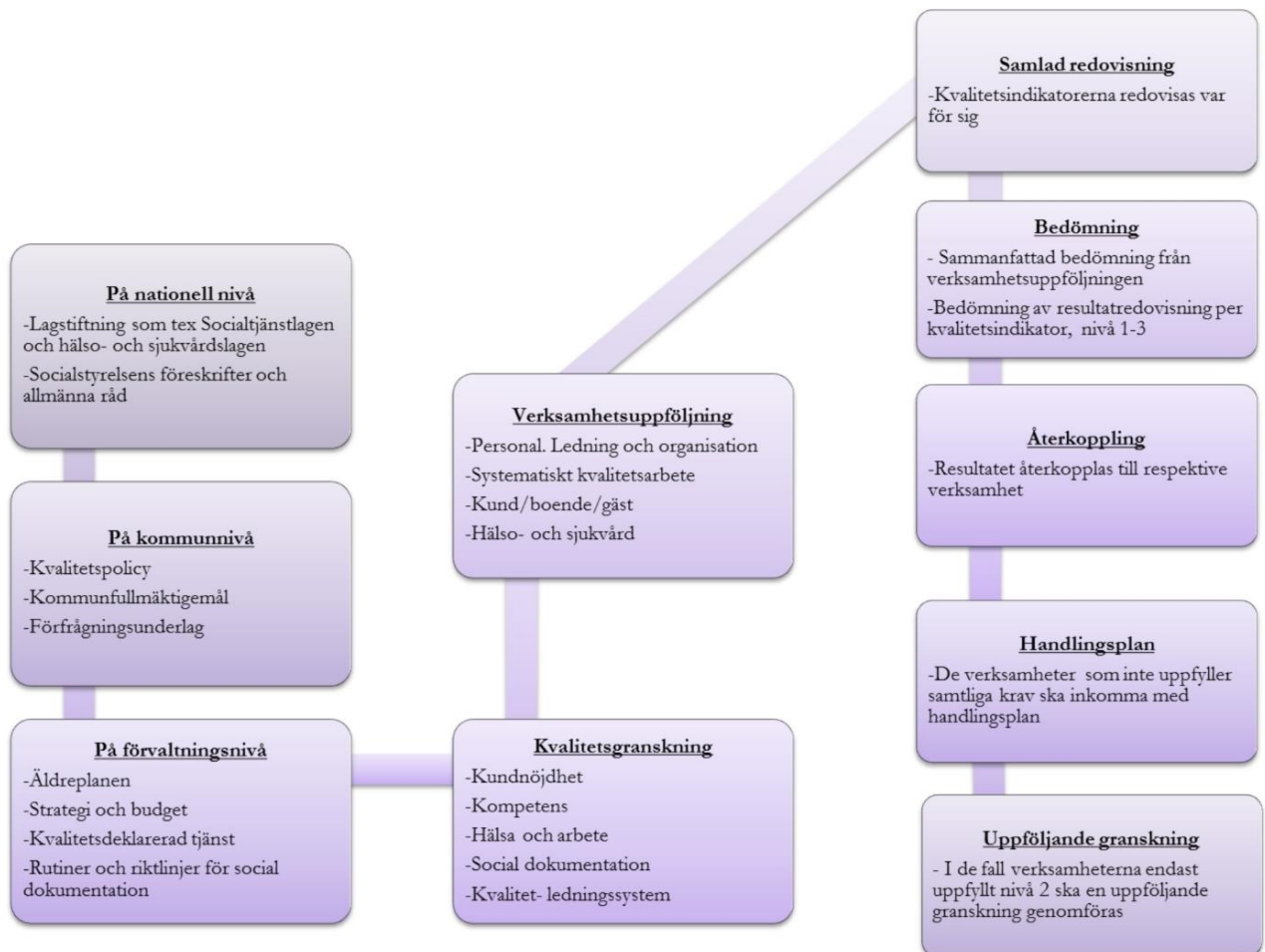
Med hjälp av kvalitetsgranskningarna och verksamhetsuppföljningarna kan olika delar av verksamheterna följas upp ingående. Varje år utförs en fördjupad granskning på någon del av verksamheten- t ex social dokumentation, ledningssystem för kvalitet.

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



## 2. Modell för uppföljning

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





## **2.1 Styrinstrument**

Kvalitetsgranskningen 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 Socialtjänstlagen<sup>1</sup>**

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 sjukvårdslagen<sup>2</sup>**

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.

### **2.1.3 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd<sup>3</sup>**

Socialstyrelsen ger ut föreskrifter och allmänna råd om hur socialtjänstlagen ska tillämpas inom dess olika områden. 2011 publicerades därtill en ny 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.

---

<sup>1</sup> Socialtjänstlagen, SFS 2001:453

<sup>2</sup> Hälsa- och sjukvårdslagen, SFS 2017:30

<sup>3</sup> SOSFS 2011:9





#### **2.1.4 Kvalitetspolicy**

Ramen för kvalitetsarbetet utgörs av kommunfullmäktiges mål och budgetdokument. Kvalitetspolicyn 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.

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 mål<sup>4</sup>**

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

- Välmående kommuninvånare
- Utveckling
- En attraktiv närmiljö
- Effektivitet, kvalitet och service

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

---

<sup>4</sup> I denna granskning avses KF-mål 2017-2018



### **2.1.6 Äldreplan<sup>5</sup>**

Äldreplanen är en långtidsplan med en 8-årig tidshorisont. Det är ett vägledande dokument för kommunens planerings- och utvecklingsarbete inom äldreområdet.

### **2.1.7 Strategi och budget<sup>6</sup>**

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. Verksamhetsplanen utgör i sin tur en vägledning för chefer på enhetsnivå att i samråd med sina medarbetare upprätta en lokal verksamhetsplan.

### **2.1.8 Kvalitetsdeklarerad tjänst**

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.

---

<sup>5</sup> I denna granskning avses Äldreplan 2011-2018

<sup>6</sup> I denna granskning avses Strategi och budget 2017-2018 samt verksamhetsplan 2017



### **2.1.9 Riktlinjer och rutiner för genomförande 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 arbetsätt som ska gälla för individuell planering, dokumentation och uppföljning av genomförandet av insatser inom äldreomsorgen i Haninge kommun.



### **3 Metod och genomförande**

#### **3.1 Kvalitetsindikator**

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

#### **3.2 Resultat kvalitetsindikator**

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

#### **3.3 Bedömning av kvalitetsindikatorer**

Bedömningen bygger på tre 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 1 i samtliga kvalitetsindikatorer för att bedömas som godkänd. Bedömningen redovisas till nämnd.

- 1. Uppfyller helt kraven: 80 - 100 % av målet/målen är uppnådda.*
- 2. Uppfyller till viss del kraven: 70 - 79 % av målet/målen är uppnådda.*
- 3. Uppfyller inte kraven: 0 - 69 % av målet/målen är uppnådda.*

#### **3.4 Verksamhetsuppföljning**

Verksamhetsuppföljningen består bland annat i ett antal frågeställningar utifrån avtalsuppföljning, efterlevnad av riktlinjer och policys, systematiskt ledningssystem och att enheten följer lagstiftningen. Uppföljningen görs av utredare och redovisas i form av en sammanfattning av materialet och en bedömning.



### **3.5 Handlingsplan**

Om enheten inte är godkänd i en eller flera av kvalitetsindikatorerna, eller bedöms sakna stora delar i verksamhetsuppföljningen ska en handlingsplan upprättas. Denna handlingsplan ska beskriva hur man kommer att arbeta för att uppnå nivå 1 i de kvalitetsindikatorer eller uppsatta krav utifrån verksamhetsuppföljningen som inte blivit godkända.

### **3.6 Uppföljning**

Handlingsplanen följs upp av granskarna inom 3-6 månader och resultatet redovisas till nämnd. Om enbart nivå 3 uppnås ska handlingsplan göras och ytterligare granskning kommer att ske inom 6 månader.

### **3.7 Rapportering**

Resultatredovisningen och bedömningen presenteras i delrapporter för varje enhet.

### **3.8 Mätplan**

Nedan följer mätplanen som används vid mätning av kvalitetsindikatorer i kvalitetsgranskningen.



Perspektiv	Kvalitetsindikator	Verktyg för mätning	Mått	Relateras till
Kund	Kundnöjdhet	Kundundersökning	Bemötande - 95 % Hänsyn till åsikter och önskemål -90% Sammantaget nöjd - 90 %	Åtagande i strategi och budget
Personal	Kompetens	Validering	Andel validerade bland tv personal (minst 1 år)- 90 %	Åtagande i strategi och budget
		Utbildade stödjare inom hot och våld	Minst ett ombud/enhet	Åtagande i strategi och budget
		Demensvägledare	Minst ett ombud/enhet	Åtagande i strategi och budget
Personal	Hälsa och arbete	Statistik sjukfrånvaro	Målvärden baseras på den genomsnittliga sjukfrånvaron i respektive kategori. Dag 1-14 Dag 15-90 Dag 90-	Förvaltningschefsbeslut
		Medarbetarenkät	Hållbart medarbetarengagemang-80 %	Åtagande i strategi och budget
Organisation/ledning	Social dokumentation	Granskning av genomförandeplaner	Informationsmängd på inkomna genomförandeplaner- 100 %  Antalet inkomna – 100 % genomförandeplaner	Åtagande i riktlinjer och rutiner för social dokumentation  Åtagande i riktlinjer och rutiner för social dokumentation
Organisation och ledning	Social dokumentation	Journalanteckningar	Antalet journalanteckningar ska minst uppnå	Förvaltningschefsbeslut
			samma antal som mängden granskade	Åtagande i riktlinjer och rutiner för social

## 4 Referenser

### Referenser:

Socialtjänstlagen, SFS 2001:453

Hälsa- och sjukvårdslagen, SFS 2017:30

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2011:09

Mål & Budget 2017-2018, kommunfullmäktiges budget

Kommunens kvalitetspolicy 2010

Äldreplan 2011-2018

Strategi och budget 2017-2018 samt verksamhetsplan 2017, äldrenämnden

Kvalitetsdeklarerad tjänst "Vård och omsorgsboende", "Hemtjänst",

"Dagverksamhet" och "Korttidsboende"

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

