



# Granskning av värdegrund och bemötande i äldreomsorgen

Rapport

Ragunda kommun

KPMG AB

2019-11-28

Antal sidor 14



Ragunda kommun  
Granskning av värdegrund och bemötande i äldreomsorgen

2019-11-28

## Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
2	Bakgrund	4
2.1	Syfte, revisionsfråga och avgränsning	4
2.2	Revisionskriterier	5
2.3	Metod	5
3	Resultat av granskningen	6
3.1	Värdegrund och bemötande inom äldreomsorgen	6
3.2	Systematiskt kvalitetsarbete	8
4	Slutsats och rekommendationer	14
4.1	Rekommendationer	14

## 1 Sammanfattning

Vi har av Ragunda kommuns revisorer fått i uppdrag att granska rutinerna kring kommunens arbete med värdegrund och bemötande inom äldreomsorgen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2019.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att det inte finns en tillräcklig kontroll för att säkerställa att omsorgsarbetet bygger på en gemensamt tillämpad värdegrund och ett gott bemötande som ger förutsättningar för en ändamålsenlig vård och omsorg.

Bedömningen grundar sig på följande iakttagelser och bedömningar:

- Det saknas mål för att följa upp verksamhetens kvalitet och bemötande och det går därför inte att bedöma om uppföljningen av dessa är ändamålsenlig.
- Det finns en fastställd riktlinje/rutin för avvikelser- och riskhantering beslutad 2019 som tydliggör ansvarsfördelning och hantering av avvikelser. Utifrån det som har framkommit i intervjuer är vår bedömning att denna behöver förankras och utbildning genomföras. Avvikelsena behöver analyseras löpande i större utsträckning och samlas i en årlig kvalitetsberättelse för att ge en samlad bild av avvikelser som kan ligga till grund för förbättringsåtgärder.
- Det finns ingen gemensam och tillämpad värdegrund inom socialförvaltningen som kan bidra till en gemensam syn på uppdraget och de värderingar som ska styra verksamheten. Trots detta upplever vi genom det som framkommit i intervjuer att det finns ett stort engagemang bland medarbetarna vilket är en viktig förutsättning för en god vård och omsorg.
- Den uppföljning av verksamheten som genomförs via Socialstyrelsens nationella brukarundersökning för äldreomsorgen bedöms vara tillräcklig för att ge en tillförlitlig bild av hur brukarna upplever äldreomsorgen i kommunen. Vi anser dock att resultatet bör analyseras för att användas i kommunens verksamhetsutveckling.
- Medarbetar- och ledarskapspolicys tydliggör förväntningar för det ansvar och förhållningssätt som finns på medarbetare i kommunen.

Utifrån våra bedömningar och slutsatser rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- utveckla en kommun- eller förvaltningsövergripande värdegrund som är känd och tillämpad så att alla i verksamheten har gemensamma värderingar för att säkerställa kommunens förhållningssätt och bemötande mot brukare, anhöriga och medarbetare *alternativt*
- utveckla arbetet för att förankra förhållningssättet i den nationella värdegrunden så att den genomsyrar verksamheten inom äldreomsorgen
- i större utsträckning analysera avvikelser för att säkerställa att relevanta åtgärder vidtas och informera utskottet löpande om dessa



**Ragunda kommun**

Granskning av värdegrund och bemötande i äldreomsorgen

2019-11-28

- ta fram en årlig kvalitetsberättelse för förvaltningens arbete i enlighet med rekommendation i (SOSFS 2011:9)
- införa ett kontrollmoment i förvaltningens interna kontroll för att säkerställa att alla brukare inom äldreomsorgen har en genomförandeplan som är upprättad i enlighet med förhållningssättet i IBIC
- använda resultat i mätningar och analyser från avvikelser som grund för förvaltningens verksamhetsutveckling

## 2 Bakgrund

Vi har av Ragunda kommuns revisorer fått i uppdrag att granska rutinerna kring kommunens värdegrund och bemötande i äldreomsorgen. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2019.

Den 1 januari 2011 infördes en ny bestämmelse i Socialtjänstlagen (2001:453). Bestämmelsen innehåller en övergripande värdegrund: *"Omsorgen om de äldre ska inriktas på att den äldre får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor."*

Som komplement till Socialtjänstlagen finns Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrund i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3). Här ges riktlinjer för flertalet områden; privatliv-integritet, självbestämmande, delaktighet, trygghet och meningsfull tillvaro. I ovan nämnda allmänna råd beskrivs även bemötande och där socialnämnd bör beakta följande aspekter för att de äldre ska få ett "gott bemötande":

- Personalen är lyhörd och empatisk i mötet med den äldre personen.
- Arbetet organiseras så att personalen får tillräcklig tid att lyssna till och samtala med den äldre personen.
- Personalen beaktar att den äldre personen befinner sig i en beroendeställning och verkar för att bemötandet upplevs som respektfullt

Enligt socialstyrelsens föreskrift; Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska ansvarig nämnd besluta om ett ledningssystem för kvalitet där bemötandet av de äldre och anhöriga inom äldreomsorgen anses som en av flera kvalitetsindikatorer.

Med anledning av ovanstående har kommunens revisorer dragit slutsatsen i sin riskanalys, att granska förutsättningarna för ett tillräckligt kvalitetsarbete inom området värdegrund och bemötande i äldreomsorgen.

### 2.1 Syfte, revisionsfråga och avgränsning

Syftet med granskningen har varit att bedöma om det inom socialnämndens ansvarsområde för äldreomsorgen finns en tillräckligt god intern kontroll avseende att omsorgsarbetet bygger på en gemensam tillämpad värdegrund och ett gott bemötande som ger förutsättningar för ändamålsenlig vård och omsorg.

Granskningen har besvarat följande revisionsfrågor:

- Finns en fastställd värdegrund för äldreomsorgen som är känd och tillämpad?
- Finns en policy för bemötandet av de äldre som är förankrad och tillämpad?
- Finns ett ledningssystem för kvalitet implementerat för socialnämndens ansvarsområde i enlighet med kraven för SOSFS 2011:9?

- Genomförs en tillräcklig uppföljning ur brukarna/anhörigas perspektiv för hur verksamheten upplevs? Tex genom brukarenkäter, dialoger eller möten.
- Finns det rutiner för avvikelshantering, synpunkter och klagomål som är kända och tillämpade?
- Finns det en ändamålsenlig struktur för uppföljning och kontroll av verksamhetens mål och krav? Sker det en kontinuerlig och tillräcklig åiterrapportering till nämnden?
- Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder om avvikelser rapporteras?

Granskningen avser kommunstyrelsen och dess sociala utskott.

## 2.2 Revisionskriterier

Vi har bedömt om rutinerna uppfyller

- Kommunallagen 6 kap § 6
- Socialtjänstlagen (2001:453)
- Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2012:3)
- Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2011:9)
- Medarbetarskapspolicy
- Ledarskapspolicy
- Riktlinje/rutin för avvikelse- och riskhantering

## 2.3 Metod

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av protokoll, årsbokslut, årsmatris för verksamhetsplanering och arbetsplatsträffar och rutin för avvikelse- och riskhantering.
- Intervjuer med berörda tjänstemän däribland förvaltningschef, enhetschefer, kvalitetssamordnare samt sociala utskottets ordförande.

Rapporten är sakgranskad av verksamhetsföreträdare.

## 3 Resultat av granskningen

### 3.1 Värdegrund och bemötande inom äldreomsorgen

Avsnittet avser besvara följande revisionsfrågor:

- Finns en fastställd värdegrund för äldreomsorgen som är känd och tillämpad?
- Finns en policy för bemötandet av de äldre som är förankrad och tillämpad?

#### 3.1.1 Organisation för äldreomsorgen

Kommunstyrelsens sociala utskott ansvarar för äldreomsorgen i Ragunda kommun. Verksamheten är organiserad inom vård- och omsorgsförvaltningen. Förvaltningschef är ytterst ansvarig tjänsteperson som tillsammans med enhetschefer för de olika verksamheterna leder arbetet med äldreomsorg i kommunen. Förvaltningen har en kvalitetssamordnare sedan sommaren 2018 som stöd för utvecklingsfrågor för förbättringar av kvaliteten och arbete med riktlinjer och rutiner.

#### 3.1.2 Policy för förhållningssätt

Medarbetarskapspolicy och Ledarskapspolicy har fastställts av kommunstyrelsen 2014. Av medarbetarpolicyn framgår att "Ragunda kommun är en organisation där du som medarbetare på olika sätt verkar för god service till kommuninvånarna, något som innebär såväl rättigheter som skyldigheter."

Chefer är också medarbetare så det som framgår i policyn för medarbetare gäller även för kommunens chefer. Ledarskapspolicyn syftar till att klargöra arbetsgivarens förhållningssätt och inställning till ledarskap. Till ledarskapspolicyn finns även en bilaga med stöd för introduktion av befattningar med personalansvar.

Avseende bemötande så gäller samma för ledare och medarbetare:

- Respekterar och behandlar kollegor, andra professioner och tredje man (elever, brukare, anhöriga, kunder m.fl.) enhetligt, vänligt, professionellt och utan att diskriminera.

Båda dokumenten skall undertecknas i samband med anställning och förvaras sedan i personakten på personalavdelningen. I intervjuer framkommer att policyn är känd av alla eftersom den signeras vid anställning. Den diskuteras även årligen inför medarbetarsamtal och lönesamtal.

#### 3.1.3 Värdegrund

Det finns ingen fastställd övergripande värdegrund för Ragunda kommun eller specifikt för vård- och omsorgsförvaltningen. Intervjupersoner har berättat att de deltagit på utbildningar i samband med att den nationella värdegrunden för äldreomsorg kom 2011 men att det inte genomfördes något aktivt arbete i kommunen. Däremot förmedlades

informationen till medarbetare att bemötande och kvalitet inom äldreomsorgen bygger på lagar och regler som måste följas.

I intervjuer framgår att man inom särskilt boende utgår från ledstjärnan att de boende ska få fortsätta leva som de har gjort och att chefer ofta lyfter perspektivet att vi finns till för våra boende och brukare.

I riktlinje/rutin för avvikelse- och riskhantering anges avvikelser i form av brister utifrån värdegrund där det framgår att brukare ska behandlas enhetligt, vänligt, professionellt och utan att diskrimineras. Det vill säga samma beskrivning som finns avseende förhållningssätt i medarbetarskapspolicyen.

I intervjuer framkommer vidare att det skulle uppskattas om det fanns en gemensam värdegrund att arbeta utifrån. I nuläget inte finns några fastställda dokument och verktyg som stöd utan varje chef får utgå från eget ledarskap och erfarenhet för att ta sig an dessa frågor med arbetsgrupperna. Det skulle behöva göras ett gemensamt arbete för att skapa delaktighet och få en gemensam syn på bemötande- och värdegrundsfrågor.

Ett projekt har genomförts under 2016–2018 för att införa Individens behov i centrum, IBIC<sup>1</sup>. Sedan början av 2018 sker alla nya utredningar och alla uppföljningar enligt modellen för IBIC när det gäller beslut enligt SoL.

Vi har tagit del av en årsmatris med planering av arbetsplatsträffar med olika teman inlagda. Någon punkt avseende bemötande eller förhållningssätt finns inte i denna planering. Enligt intervjuer är arbetsplatsträffarna mer av informationsmöten och diskussioner om bemötande sker främst i de mindre arbetsgrupperna.

### 3.1.4 Bedömning

Vår bedömning är att det inte finns någon värdegrund som är gemensam och tillämpad för att skapa förutsättningar för en äldreomsorg med bra bemötande och en god kvalitet. Att ha en gemensam värdegrund som alla delar och kan utgå från i arbetet är ett bra verktyg för att få samsyn över det uppdrag som ska utföras och de värderingar som ska gälla för att skapa en stark organisationskultur.

Vår bedömning är att medarbetar- och ledarskapspolicy fungerar för att tydliggöra förväntningar för det ansvar och förhållningssätt som finns på medarbetare i kommunen. Då dessa gäller samtliga verksamheter anser vi inte att det behövs en beslutad policy för bemötandet av just äldre. Bemötandet av de äldre kan säkerställas genom kompetensutveckling och exempelvis införandet av IBIC som genomförts i kommunen. Förhållningssättet lägger en bra grund för de aspekter som är viktiga i de allmänna råden enligt (SOSFS 2012:3).

---

<sup>1</sup> IBIC är ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt för arbete med vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning utifrån socialtjänstlagen, SoL, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. IBIC är en vidareutveckling av Äldres behov i centrum, ÅBIC.



## 3.2 Systematiskt kvalitetsarbete

Avsnittet avser besvara följande revisionsfrågor:

- Finns ett ledningssystem för kvalitet implementerat för socialnämndens ansvarsområde i enlighet med kraven för SOSFS 2011:9?
- Genomförs en tillräcklig uppföljning ur brukarna/anhörigas perspektiv för hur verksamheten upplevs? Tex genom brukarenkäter, dialoger eller möten.
- Finns det rutiner för avvikelshantering, synpunkter och klagomål som är kända och tillämpade?
- Finns det en ändamålsenlig struktur för uppföljning och kontroll av verksamhetens mål och krav? Sker det en kontinuerlig och tillräcklig återrapportering till nämnden?
- Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder om avvikelser rapporteras?

### 3.2.1 Mål

Det finns inga formulerade mål för kommunstyrelsen och förvaltningen som avser bemötande eller kvalitet inom äldreomsorgen.

I intervjuer framkommer att det sker ett arbete med att se över de kommunövergripande målen då revisionen tidigare har lämnat kritik på att befintliga mål inte är mätbara och därför svåra att följa upp.

I de nya målen som ska börja gälla från 2020 finns formuleringar kring värderingar med och utgår från tre fokusområden:

- Goda livsvillkor
- Trygga invånare
- Folkhälsa

### Bedömning

Då det saknas mål för att följa upp verksamhetens kvalitet och bemötande går det inte att bedöma om uppföljningen av dessa är ändamålsenlig. Vi anser att sociala utskottet bör ta initiativ till att formulera mål inom området som fastställs av kommunstyrelsen. Målen ska sedan följas upp för att mäta upplevt bemötande och den kvalitet i vård och omsorg som finns för de äldre i kommunen. Denna uppföljning bör återrapporteras löpande så att utskottet får en tillräcklig inblick i den verksamhet som de ansvarar för.

### Ledningssystem

KPMG granskade 2016 socialtjänstens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i Ragunda kommun. I revisionsrapporten framgår att det vid tillfället för granskningen saknades ett dokumenterat ledningssystem som fastställts av kommunstyrelsen. Bedömning gjordes vidare att inte heller väsentliga delar av ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete fanns på plats. Då de krav som ställs i SOSFS 2011:9 gällt

sedan 2012, fanns anledning för kommunstyrelsen att säkra att arbete skedde snarast för att uppfylla kraven. Det framkom också att en kvalitetsberättelse borde upprättas årligen för Ragunda kommun då det saknades.

Vi har tagit del av ett dokument beslutat i kommunstyrelsen 2017-10-10 för kommunens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för socialförvaltningen. Dokumentet klargör rutinen för det systematiska kvalitetsarbetet men saknar relevanta delar som processer och aktiviteter i verksamheten och hur egenkontroller ska genomföras. I intervjuer framkommer att det sedan granskningen genomfördes skett ett arbete med att bygga upp en struktur på intranätet utifrån lagrum. Ett kvalitetsråd har gått igenom alla skall-krav i lagar och dokumenterat riktlinjer och policys för detta. Strukturen i ledningssystemet som finns på intranätet utgår från roll och ansvar inom socialförvaltningen. I intervjuer framkommer även att ett arbete med att tydliggöra ansvar för kvalitetsarbetet har genomförts.

Det upprättas inte någon kvalitetsberättelse men kvalitetssamordnare har fått i uppdrag från förvaltningschef att se över detta.

Patientsäkerhetsberättelse som är en annan skyldighet enligt SOSFS 2011:9 upprättas årligen av kommunens MAS.

### Bedömning

Det finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem i enlighet med kraven för SOSFS 2011:9. Rutiner för kvalitetsarbetet är väl beskrivet men vi saknar processbeskrivningar och aktiviteter som hör till processerna inom verkställigheten i enlighet med föreskriften. Det framgår inte heller hur egenkontroller ska genomföras som är en viktig del i föreskriften.

### 3.2.2 Avvikelse och synpunkter

Det finns en riktlinje/rutin för avvikelse- och riskhantering som är beslutad av förvaltningschef 2019-06-01. Av dokumentet framgår att MAS och kvalitetssamordnare ansvarar för revidering och att det ska ske vartannat år.

Med avvikelse menas "en icke förväntad händelse, något som skiljer sig från det planerade eller förväntade på ett negativt sätt. Det kan vara en händelse som uteblivit eller blivit felaktigt utförd och som medfört eller inneburit risk för någon typ av obehag eller skada för brukaren". Även klagomål och synpunkter hanteras som avvikelser enligt rutinen.

I rutinen står att "en avvikelse rapport ska göras av den som upptäcker avvikelsen. Denna skyldighet har alla oavsett yrkeskategori eller arbetstillhörighet. En avvikelse kan även göras på annan enhet än den man själv tillhör".

I dokumentet tydliggörs även vad som är avvikelser och hur dessa ska rapporteras.

Avvikelser rapporteras direkt i verksamhetssystemet Treserva enligt SoL, HSL eller LSS beroende på vilken insats avvikelserapporten avser. Det finns en tydlig arbetsgång för den fortsatta hanteringen av ärenden.

2019-11-28

I intervjuer har framkommit att de flesta av avvikelserna som sker är fallolyckor eller gällande läkemedelshantering. Enligt upprättad patientsäkerhetsberättelse består dessa av 70% av avvikelserna.

Det finns också riktlinjer för hantering av anmälningar enligt Lex Maria och Lex Sarah i dokumentet för avvikelse- och riskhantering och gällande ansvarsfördelning.

Det finns flera sätt att lämna synpunkter och det finns information om detta på kommunens hemsida. Synpunkt kan lämnas via ett formulär på hemsidan, telefonsamtal, e-post eller brev. Till stor del lämnas synpunkter i samband med upprättande eller uppföljning av genomförandeplaner eller att brukare och anhöriga tar direktkontakt med medarbetare och chefer.

Enligt intervjuer så finns olika syn på kommunens arbete med avvikelser. Någon anser att medarbetarna är duktiga på att skriva avvikelser och andra att det behövs ett förbättringsarbete kring vad som är avvikelser så att rätt saker hanteras. Det finns fortfarande ett synsätt inom äldreomsorgen i kommunen som bygger på HSL och inte som dagens äldreomsorg som utgår från SoL. Det leder även till att vissa saker inte hanteras som avvikelser då de handlar om bemötande och övriga aspekter som den nationella värdegrunden för vård och omsorg vill säkerställa hos vårdgivare. I patientsäkerhetsberättelsen för 2018 stärks denna bild, då endast 0,5 % av dokumenterade avvikelser är under benämningen "bemötande" vilket indikerar att avvikelser inte registreras i lika höga grad när de inte är knutna till hälso- och sjukvård.

Hur avvikelser hanteras är också olika beroende på verksamhet. Vi har genom intervjuer tagit del av några exempel av hanteringen där enhetschef går igenom avvikelser, antingen på egen hand och tar sedan in kompetens som behövs för att utreda dessa vidare, exempelvis sjuksköterska, omsorgspersonal, MAS eller någon inom rehabilitering. I ett annat exempel är sjuksköterskan med i den första genomgången av avvikelser och sedan tas detta vidare med de som behöver vara delaktiga. Avvikelserna tas även upp regelbundet i möten med samtliga medarbetare på enheten. Det framkommer i intervjuer att det behöver säkerställas att alla avvikelser analyseras och åtgärdas då det inte går att fastställa att det sker idag.

I patientsäkerhetsberättelsen för 2018 framgår att det är många avvikelser som inte analyseras och verksamheten därför inte med säkerhet vet orsakerna till dessa. Det har skett 412 avvikelser av fall, av dessa är 334 inte analyserade. I patientsäkerhetsberättelsen beskrivs detta enligt följande "Arbete med fallavvikelser bör involvera ett teamarbete mellan enhetschef, sjuksköterska, vårdpersonal, rehab personal samt även läkare efter behov. Dessutom ska brukaren och dess anhöriga inkluderas i arbetet. Det är av stor vikt att försöka minska risken för fall för att undvika onödigt lidande för brukaren samt minska risken för fysiska skador. Därför behöver rutinen gällande fallprevention belysas och arbetas med på enhetsnivå." Avseende läkemedel som är den näst vanligaste avvikelserna så har det inträffat 410 avvikelser under 2018, av dessa är inte 297 analyserade. I patientsäkerhetsberättelsen framgår mål och strategier för att komma tillrätta med bristerna.

Föreskrifterna och de allmänna råden (SOSFS 2012:3, 2011:9). förtydligar att den som bedriver verksamhet ska arbeta med ett systematiskt förbättringsarbete. Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner. Vidare beskrivs hur en verksamhet systematiskt och fortlöpande ska arbeta för att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

I intervjuer framkommer från flera håll att medarbetarna är duktiga, engagerade och utgår från brukarnas behov. Det finns en stor medmänsklighet som ger en bra grund för en god vård och omsorg då man utgår från brukarnas bästa. Det är mer de strukturella bitarna som behöver utvecklas för att medarbetare ska få verktyg att hantera processen med god kvalitet tillsammans med kompetensutveckling inom systematiskt kvalitetsarbete. Exempelvis bör det säkerställas att alla brukare har genomförandeplaner och att dessa är framtagna med delaktighet och utifrån brukarens önskemål om hur stödet ska verkställas. I nuläget har inte alla brukare en genomförandeplan och det finns brister i de som är upprättade då inte brukaren har varit delaktig utan planen är upprättad utifrån fattat biståndsbeslut. En del i att utveckla arbetet med genomförandeplaner är även ett fokus på att stärka kontaktmannaskapet då deras roll bl.a. är att se till att brukarna är delaktiga i planeringen för att kunna bestämma hur stödet ska tillhandahållas.

### Bedömning

Det finns en fastställd riktlinje/rutin för avvikelse- och riskhantering beslutad 2019 som tydliggör ansvarsfördelning och hantering av avvikelser. Utifrån det som har framkommit i intervjuer är vår bedömning att denna behöver förankras och utbildning genomföras över vad som är avvikelser och hur dessa ska hanteras utifrån vad som hänt. Vi anser vidare att det sker en bristfällig analys av uppkomna avvikelser och att detta arbete behöver utvecklas för att säkerställa en god vård och omsorg. En kvalitetsberättelse bör upprättas årligen för att ge en samlad bild av avvikelser samt att dessa analyseras för att ligga till grund för förbättringsåtgärder.

Vi anser det allvarligt att inte alla brukare har genomförandeplaner där de varit delaktiga i planeringen av hur det stöd som de är i behov av ska tillhandahållas. Genomförandeplaner är ett viktigt sätt att löpande följa upp det stöd som brukaren har behov av och vid behov anpassa detta efter rådande förutsättningar. Att alla brukare har en genomförandeplan som är framtagna enligt förhållningssättet IBIC bör säkerställas genom att införa detta som kontrollpunkt i förvaltningens interna kontrollplan som årligen följs upp.

### 3.2.3 Brukarundersökning

Uppföljning av bemötande och kvalitet inom äldreomsorgen sker genom Socialstyrelsens nationella brukarundersökning "Så tycker de äldre om äldreomsorgen". Den genomförs årligen och svaren på enkäten är uppdelade mellan särskilt boende och hemtjänst. Nedan visas diagram över Ragunda kommuns resultat som är hämtade från de öppna jämförelserna som finns för kommuner.

### Resultat i brukarundersökning för hemtjänsten 2019

	2016	2017	2018	2019
Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt? (%)	98	95	97	95
Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras? (%)	86	76	83	79
Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har? (%)	91	89	91	91
Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på din hemtjänst? (%)	64	54	57	52

#### Kommentar

Ragunda kommun (95%) ligger lägre än snittet avseende bemötande i hemtjänsten jämfört med liknande kommuner (99 %) och riket i stort (97 %).

Ragunda kommun (79 %) ligger avsevärt lägre än snittet för liknande kommuner (90 %) och riket (86 %) vad gäller att personalen tar hänsyn till brukarens åsikter om hur hjälpen ska utföras.

För frågan hur nöjda brukarna sammantaget är med sin hemtjänst så ligger Ragunda kommun (91 %) lägre än jämförbara kommuner (94 %) men högre än riket (88 %).

Vad gäller att brukarna känner till möjlighet för att lämna synpunkter eller klagomål ligger Ragunda kommun (52 %) lägre än jämförbara kommuner (62 %) och riket (64 %).

### Resultat i brukarundersökning särskilt boende 2019

	2016	2017	2018	2019
Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt? (%)	98	96	94	97
Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras? (%)	80	81	84	90
Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende? (%)	86	86	85	89
Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på äldreboendet? (%)	45	40	46	36

### **Kommentar**

Ragunda kommun (97 %) ligger högre än jämförbara kommuner (95 %) och riket (93 %) vad gäller bemötande inom särskilt boende.

Avseende om personal tar hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras så ligger Ragunda kommun (90 %) högre än jämförbara kommuner (76 %) och riket (79 %).

För måttet hur nöjda eller missnöjda brukarna sammantaget är med sitt äldreboende så ligger Ragunda kommun (89 %) högre än både jämförbara kommuner (79 %) och riket (81 %).

Vad gäller att brukarna känner till möjlighet för att lämna synpunkter eller klagomål så ligger Ragunda kommun (34 %) betydligt lägre än jämförbara kommuner (53 %) och riket (47 %).

Enligt intervjuer presenteras resultaten för brukarenkäten i sociala utskottet när det är sammanställt och utskickat från Socialstyrelsen. Intervjupersonerna är osäkra på om det har skett något utvecklingsarbete utifrån tidigare resultat.

### **Bedömning**

Den uppföljning av verksamheten som genomförs via Socialstyrelsens nationella brukarundersökning för äldreomsorgen bedöms vara tillräcklig för att ge en bild av hur brukarna upplever äldreomsorgen i kommunen. Av de resultat som finns i undersökningen anser vi att det borde genomföras en analys av kommunens resultat i denna som kan användas för att utveckla den vård och omsorg som tillhandahålls i äldreomsorgen.

## **3.2.4 Rapportering till sociala utskottet och kommunstyrelsen**

Förvaltningschef har en regelbunden avstämning med ordförande för utskottet och deltar på utskottens sammanträden för att ge information om verksamheten. Förutom beslutspunkter på dagordningen ges ofta en information kring nyckeltal, avvikelser enligt Lex Sarah och Lex Maria samt ändringar i rutiner mm.

Enligt intervju med utskottets ordförande kan återkoppling av hur verksamheten fungerar i ett större perspektiv förbättras så att fokus inte endast är på det som inte fungerar. Utskottet vill även få information om personalförändringar och aktuella rekryteringar och ska efterfråga detta från förvaltningen. En information från utskottet ges vid kommunstyrelsens möten samt i förekommande fall, under punkten rapportering av delegationsbeslut.

### **Bedömning**

Vår bedömning är att utskottet regelbundet får information om verksamheten men att informationen kan utvecklas med ett större perspektiv på verksamhetens kvalitet då det i nuläget främst sker en information i ärenden som leder till anmälan enligt Lex Maria eller Lex Sarah till IVO.

Förutom den löpande rapporteringen skulle framtagandet av en kvalitetsberättelse, där samtliga avvikelser redovisas med en analys och förslag på förbättringsåtgärder, ge en bra insyn i verksamhetens kvalitetsarbete. Denna bör redovisas i det sociala utskottet och fastställas enligt gällande delegation.

## 4 Slutsats och rekommendationer

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att det inte finns en tillräcklig intern kontroll inom äldreomsorgen för att bedöma om omsorgsarbetet bygger på en gemensam tillämpad värdegrund och ett gott bemötande som ger förutsättningar för en ändamålsenlig vård och omsorg.

### 4.1 Rekommendationer

Utifrån våra bedömningar och slutsatser rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- utveckla en kommun- eller förvaltningsövergripande värdegrund som är känd och tillämpad så att alla i verksamheten har gemensamma värderingar för att säkerställa kommunens förhållningsätt och bemötande mot brukare, anhöriga och medarbetare  
*alternativt*
- utveckla arbetet för att förankra förhållningssättet i den nationella värdegrunden så att den genomsyrar verksamheten inom äldreomsorgen
- i större utsträckning analysera avvikelser för att säkerställa att relevanta åtgärder vidtas och informera utskottet löpande om dessa
- ta fram en årlig kvalitetsberättelse för förvaltningens arbete i enlighet med rekommendation i (SOSFS 2011:9)
- införa ett kontrollmoment i förvaltningens interna kontroll för att säkerställa att alla brukare inom äldreomsorgen har en genomförandeplan som är upprättad i enlighet med förhållningssättet i IBIC
- använda resultat i mätningar och analyser från avvikelser som grund för förvaltningens verksamhetsutveckling

Datum som ovan

KPMG AB

Jenny Thörn  
Kommunal revisor



Anneth Nyqvist  
Certifierad kommunal revisor

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument. Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.