Karlstad kommun

Granskning av Vård- och omsorgsförvaltningens interna kontroll av verksamheten, samt samverkan mellan olika professioner i verksamheten

Februari 2021

Innehållsförteckning

	Sida
Bakgrund	3
Uppdrag, metod och avgränsningar	4
Definitioner	5
Nulägesanalys	6

Bakgrund

I Karlstad kommuns vård- och omsorgsförvaltning finns, till skillnad från i många andra kommuner, en tillsynsenhet. Tillsynsenheten uppdrag är att kontinuerligt följa upp kvaliteten i förvaltningens egna verksamheter inom hemtjänst, vårdboende, trygghetsboende, funktionsstöd och hälso- och sjukvård samt hos de externa utförare som kommunen har avtal med, att arbeta med att stödja verksamhetens utveckling genom tillsyn, utredningar enligt Lex Sarah och Lex Maria med mera. Tillsynsenheten ansvarar för de flesta av ledningssystemets riktlinjer.

Vård- och omsorgsförvaltningens tillsynsenhet har i uppdrag av vård- och omsorgsnämnden att granska egen regi och den externa regins verksamheter en gång per verksamhet under en 3-årsperiod. Därutöver genomförs granskningar på förekommen anledning, vid klagomål, anmälningar enligt lex Sarah, lex Maria och övriga avvikelser.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade i juni 2020 att ge vård- och omsorgsförvaltningen i uppdrag att initiera till en extern granskning av förvaltningens interna kontrollsystem och samverkan mellan olika professioner.

Uppdrag, metod och avgränsningar

PwC:s uppdrag

Pwc ska genom granskningen ha besvarat följande frågor:

- Säkerställs att samverkan sker mellan olika professioner inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet?
- Säkerställs att det finns ett fungerande internt kontrollsystem för uppföljning av verksamheten?
- Uppfyller anvisningar och riktlinjer för kontrollområdet relevanta lagkrav?

Metod

Genom intervjuer och granskning av styrande och vägledande dokument har vi skapat en bild av kontrollenhetens förmåga att bedöma och värdera risker. Genom att ta del av underlag som enheten har som grund för sina kontroller har vi utvärderat dels om det finns möjlighet till utveckling för ökad kvalitet och dels om det finns etablerade system för god intern kontroll.

Rapportens avgränsningar

De som berörs av granskningen är ett urval av vård och omsorgsförvaltningens boenden och dess medarbetare, samt tillsynsenheten. De valda boendena är Våxnäs, Hagaborg, Oskarslund, Brattska gården och Vänerviken. Urvalet har gjorts tillsammans med verksamhetsansvariga.

Definitioner

Definitioner

Legitimerad personal avser arbetsteraputer, fysioterapeuter och sjuksköterskor.

Rehabpersonal avser arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Omvårdnadspersonal avser personal som arbetar på boenden.

Nulägesanalys

Sammanfattning nulägesanalys

- PwC har genomfört 10 **gruppintervjuer** med ca. 55 medarbetare
  - Deltagare i gruppintervjuer har varit omvårdnadspersonal/undersköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, enhetschefer för trygghets- och vårdboenden, representanter från tillsynsenheten, representanter för fackliga organisationer, förvaltningsledning, arbetsplats- och skyddsombud samt enhetschefer för sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.
- De utvecklingsområden som har identifierats kan grupperas inom två områden;
  - **organisation, ansvar och roller** samt
  - **system, rutiner och uppföljning**.

Nuläget har identifierats genom

- Dokumentstudier
- Intervjuer
- Avstämningar

“

(…) bara för att det inte är ett **akut arbete** som måste göras på vårdboendet, betyder det inte att arbetet inte är **värdefullt**

Säkerställs att samverkan sker mellan olika professioner inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet?

Beskrivning

För att granska huruvida samverkan sker mellan olika professioner inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet har begreppet samverkan beskrivits som ett medel för att nå något annat, och inte ett mål i sig. Genom samverkan mellan olika professioner inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamhet kan t.ex. positiva effekter på kunden/brukarens livskvalitet nås.

Inom denna definition har vi valt att dela upp samverkan i tre former:

- Samstruktur - *gemensamt synsätt på sitt uppdrag och vad man ska genomföra, att det finns riktlinjer, rutiner*
- Samsyn och enhetligt arbetssätt- *gemensam samsyn och gemensamma etiska förhållningssätt*
- Samarbete - *hur samarbetar man kring sina kunder/brukare*

De observationer som gjorts har sorterats under respektive samverkansform.

Observationer: samstruktur

Tillsynsenhetens medarbetare fastställer riktlinjer inom sina ansvarsområden och har en riktlinjegrupp för detta arbete där verksamhetsutvecklarna deltar. Samtliga verksamheter ska förhålla sig till riktlinjerna, och verksamhetsutvecklarna tar fram anvisningar om ”huret”. Lokalt finns riktlinjer om hur olika typer av hjälpmedel ska hanteras. Därtill måste kommunen förhålla sig till de riktlinjer som beslutas av Värmlands gemensamma hjälpmedelsnämnd.

Medarbetarna upplever dock att det inte finns tillräckligt med tid för att hålla sig uppdaterad kring de senaste riktlinjerna och anvisningarna, och det råder osäkerhet kring var den senaste informationen om riktlinjer kan hittas. Det kan dels bero på det stora antalet informationskanaler som används inom verksamheten, och dels på att vissa personalgrupper är mindre vana vid att arbete med, och saknar tillgång till, datorer.

Observationer: samarbete

De operativa enhetsteamen är ett forum där professioner som arbetar runt kund träffas och arbetar operativt med för dagen aktuella kunder och gör gemensam planering för nästkommande möte i operativt team. Forumet äger rum varje vecka, men vilka professioner som deltar varierar. Varje vecka deltar, enhetschef, omvårdnadspersonal och sjuksköterska. Varannan vecka deltar även arbetsterapeut och fysioterapeut.

I den genomförda granskningen framkommer att samtliga professioner uppskattar att arbeta i operativa team. Arbetsterapeuternas uppfattar dock att samarbetet fungerade ännu bättre när de deltog i operativa team varje vecka. Anledningen till den lägre besöksfrekvensen från rehabpersonalen är enligt enhetscheferna att det bemanningsmässigt inte finns förutsättningar. I syfte att uppnå viss regelbundenhet i besöken från rehabpersonalen beslutades därför att de ska närvara vid operativa team varannan vecka.

Mer frekventa besök av rehabpersonal på boendena uppfattas ge förbättrade förutsättningar för samverkan mellan omvårdnadspersonal och rehabpersonalen i det direkta patientarbetet. Enligt rehabpersonal fungerar det nuvarande arbetssättet bra i teorin men inte i praktiken, eftersom det blir lite tid kvar till det direkta patientarbetet. Det skiljer sig mellan boenden vilka/om professioner som går tillsammans på ronder. Eftersom en åtgärd för en kund ofta involverar fler professioner kan, enligt rehabpersonalen, omvårdnaden gynnas om om rehabpersonalen, sjuksköterska och omvårdnadspersonalen går ronder tillsammans.

Nattpersonalen upplever att deras ärenden inte blir lika prioriterade eftersom de på vissa boenden inte deltar i de operativa enhetsteamen.

Hur ett operativt enhetsteam ska arbeta finns dokumenterat, men kunskapen om syftet med operativa enhetsteam skiljer sig mellan professioner. Även dokumentation av patientarbetet i de operativa teamen varierar mellan boendena. Protokoll från möten i operativa enhetsteam förs i vissa fall analogt, och i vissa fall digitalt.

Det pågår en uppföljning av operativa enhetsteam vid tidpunkten för denna granskning.

Observationer: samsyn och enhetligt arbetssätt

Hos den legitimerade personalen säkerställs, enligt enhetscheferna, samsyn genom samarbete inom gruppen och att den information som kommuniceras av enhetscheferna är enhetlig. Vissa agendapunkter är gemensamma för samtliga arbetsgruppers arbetsplatsträffar (APT), t.ex. samsyn, värdegrunder i Karlstad kommun och förhållningssätt till kollegor. Verksamhetsutvecklaren säkerställer att budskapet som förmedlas till organisationen är enhetligt.

Förutsättningarna för rehabpersonalen och sjuksköterskornas skiljer sig dock. Rehabpersonalen kan t.ex. planera sin närvaro så att alla kan närvara vid APT.

I syfte att öka tryggheten i framförallt sjuksköterskeorganisationen lanserades i januari 2019 ett mentorskapsprogram. Nyanställda eller en medarbetare som byter roll tilldelas en mentor i form av en kollega som kan ge stöd i bland annat administrativa frågor. Nyanställda tar även del av ett gemensamt introduktionsprogram som mentorskapsprogrammet ansvarar för. På sikt ska programmet även lanseras i rehaborganisationen.

Genom granskningen konstateras att aktiviteter och åtgärder sker i syfte att skapa samsyn inom de olika professionerna och på de olika boendena. Däremot upplevs gränsdragningen mellan professioner som otydlig och arbetssätt mellan boenden skiljer sig.

På grund av den otydliga gränsdragningen blir även omvårdnadsansvaret otydligt. En sjuksköterska har t.ex. utbildning i omvårdnad, men det är enhetschefen för boendet som är ansvarig. Det återspeglas även i en osäkerhet kring vem som är ansvarig för att avvikelserapportera olika incidenter.

Utvecklingsbehov

- Rörligheten i personalgruppen ställer stora krav på att kunskap överförs till verksamheten från den som slutar och att den finns lättillgänglig för den som börjar. Tydlig struktur och hantering av dokumentation är väsentlig i detta avseende.
- Att utveckla de formaliserade och strukturerade samverkansformerna för att de ska bli mindre personbundna och inte påverkas av konflikt som kan uppstå när medarbetare har pressat schema och olika erfarenhet.
- Det bör genom tydlig prioritering, väl definierade syften och hög delaktighet från alla professioner säkerställas att det strategiska arbetet bedrivs systematiskt och inte prioriteras bort vid akuta arbetsuppgifter.
- En otydlighet avseende gränsdragning i omvårdnadsansvaret mellan professioner har observerats. Detta kan tydliggöras för att medarbetaren ska känna trygghet i var frågan hör hemma och vilket ens ansvarsområde är. För att möjliggöra detta behöver medarbetarna även lära känna varandras professioner och ansvar.
- Tydliggör när och hur information om nya riktlinjer och anvisningar ges. Att strukturen kring detta är uttalad samt att medarbetare hålls informerade om det individuella ansvaret att hålla sig uppdaterade.
- För att uppnå god följsamhet till riktlinjer om avvikelserapportering krävs ett fortsatt arbetet för att skapa en samsyn mellan professioner och individer, dels kring när en avvikelse ska rapporteras och dels syftet med avvikelserapportering.

Säkerställs att det finns ett fungerande internt kontrollsystem för uppföljning av verksamheten?

Beskrivning

Tillsynsenheten uppdrag är att kontinuerligt följa upp kvaliteten i förvaltningens egna verksamheter inom hemtjänst, vårdboende, trygghetsboende, funktionsstöd och hälso- och sjukvård samt hos de externa utförare som kommunen har avtal med. Under 2019 utfördes tillsyn på 15 av 49 tillsynsobjekt. I de verksamheter där förbättringsområden identifieras har en åtgärdsplan lämnats till tillsynsenheten. Baserat på redogjorda åtgärder avgör tillsynsenheten om en eventuell uppföljning. Uppföljning av tidigare utförda tillsyner sker efter 8-17 månader. Under 2019 genomfördes uppföljning inom 17 verksamheter.

Observationer

Tillsynsenheten och egenkontroller
För de trygghets- och vårdboendena som ingick i tillsynsenhetens kontroll 2019 och fick anmärkningar har åtgärdsplaner tagits fram.

Utöver tillsynsenhetens kontroller ska verksamheterna göra egenkontroller. Vad som ska kontrolleras framgår av respektive verksamhets egenkontrollplan. Resultatet från verksamheternas egenkontroller visar på brister inom vissa områden, men det saknas dokumenterade planer för åtgärd och uppföljning av resultatet. Det finns även utrymme för att etablera högre kännedom om egenkontrollerna bland medarbetarna.

Verksamheten har en hög tilltro till tillsynsenhetens uppdrag, vilket kan skapa en risk för att verksamheterna backar från sitt ansvar avseende kontroll. Det kan vara ett skäl till de nuvarande bristerna i egenkontrollen.

Medarbetarna har kännedom om riktlinjer och anvisningar, men det råder osäkerhet om var de finns och/eller hur de tas fram. Det kan delvis bero på att användandet av och tillgång till datorer är begränsad inom vissa professioner.

Observationer

Avvikelser definieras enligt riktlinje för avvikelsehantering som ett samlingsbegrepp för händelser som har lett till eller kunnat leda till fel eller brister i vården och omsorgen. Det kan även vara avsteg från genomförandeplaner, vårdplaner eller andra överenskommelser eller utebliven vård och omsorg. Det är alltid den som upptäcker en avvikelse, vårdskada eller missförhållande som ansvarar för att rapportera den samt för att omedelbara åtgärder vidtas.

Bland medarbetarna råder dock osäkerhet kring vad som ska rapporteras som en avvikelse. Rehabpersonalen skriver t.ex. en avvikelse när de har lämnat ut ett träningsprogram som inte följs, men vad gäller brister i omvårdnad är det otydligt vem som är ansvarig för att rapportera. Ett bollplank efterfrågas, men eftersom det saknas en enhetlig bild ges olika råd. Inom vissa grupper upplevs den faktiska registreringen av avvikelser som svår. Arbetsbelastningen gör att avvikelserapportering hamnar långt ner på många medarbetares prioriteringslistor, något som även framgår av verksamheternas egenkontroller.

Det finns diskrepans i förståelsen av syftet med avvikelserapporteringen. Inom vissa personalgrupper framgår att avvikelserapporteringar görs för att förbättra verksamheten och för att dra lärdomar, medan en avvikelse i andra grupper kan uppfattas som kritik. Personalgrupperna är överens om att avvikelser ska följas upp, men det råder osäkerhet om hur uppföljningen sker. Avvikelser diskuteras på de operativa teamen, men då är rehabpersonalen inte alltid delaktig. Det finns enighet kring att avvikelserna bör minska, men i praktiken finns inget metodiskt förebyggande arbete. Istället försöker personalen påminna varandra om brister som uppdagats genom avvikelser samt åtgärder.

I resultatet av egenkontrollplan hälso- och sjukvård framgår att registrering av allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepning av registrerad avvikelse i dagsläget inte alltid bedöms. En utbildning genomfördes för alla chefer inom hälso- och sjukvård i början av 2020. Utbildningen syftar till att ta lärdom av avvikelser och återkoppla åtgärder och förbättringsarbeten ut till verksamheten. I samband med utbildningen togs det fram en lathund. Det beslutades även att avvikelserna skulle följas upp i juni och december 2020. Enligt genomförd granskning har uppföljningar skett enligt plan och en extra uppföljning genomfördes i oktober 2020 för att granska om åtgärderna som infördes under sommaren gett resultat.

Observationer

Verksamhetsutvecklarna gör stickkontroller på genomförandeplaner, men det saknas systemstöd för att säkerställa uppföljning av dem. Det försvårar enhetschefernas arbete med att kontinuerligt säkerställa att genomförandeplanerna är uppdaterade. Idag finns två bestämda tillfällen per år då det kontrolleras om planen är uppdaterad. Enhetscheferna har därför skapat egna metoder för uppföljning. En variant är att göra stickprov i samband med att enhetscheferna för in omvårdnadspersonalens manuella daganteckningar i systemet, vilket sker en gång per månad. Metoden brister dock i att enhetscheferna är de enda som gör sammanställningen av daganteckningarna, och det blir därför inte gjort om de inte hinner. Vissa enhetschefer för boenden ber om hjälp vid tidsbrist, och upplever att de får det stöd de behöver.

Enligt gällande rutin ska arbetsterapeuter följa upp dokumenterade vårdplaner. I granskningen har det dock givits uttryck för att denna rutin inte efterlevs. Omvårdnadspersonalen får istället avgöra om patienten har fått den vård den har behov av. Om så inte är fallet gör omvårdnadspersonalen en ny vårdbegäran till rehabpersonalen.

Alla kunder erbjuds riskbedömning/hälsogenomgång av legitimerad personal en gång per år, eller vid förändrat hälsotillstånd. För de områden där en risk har identifierats ska en uppföljning ske inom tre månader. Hur uppföljningen säkerställs varierar mellan medarbetare. Vissa registrerar riskanalysen i Senior Alert, och kan genom systemet få en påminnelse för uppföljning när det har gått tre månader. Andra noterar manuellt när uppföljning ska ske.

Övriga metoder för uppföljning

Verksamheten använder sig av ett flertal övriga metoder för uppföljning, bland annat nedan register och kvalitetssystem:

- *Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens registret (BPSD-register):* Upplevs som ett bra uppföljningsverktyg för demenssjuka, men är snarare ett stöd i verksamheten än ett kvalitetsregister. Uppföljningar sker månadsvis.
- *Palliativregister*: Används av sjuksköterskor och är strategiskt inriktat.
- *Kund- och brukarundersökning*: Skickas centralt till anhöriga en gång per år. Områden vars resultat är lägre än snittet tas upp i ledningsgruppen.
- *Boråd på trygghetsboenden*: Hålls med alla boende på boenden en till två gånger per termin. Resultat från kund- och brukarundersökningar diskuteras med kunderna.

Utvecklingsbehov

- Att tydliggöra verksamheternas ansvar för egenkontroll. Det finns annars risk för att verksamheterna backar från sitt ansvar avseende kontroll i tron om att det åligger tillsynsenhetens uppdrag och ansvar.
- För att tydliggöra när uppföljning av genomförandeplanen ska göras och att uppföljning gjorts finns behov av att utveckla ett systemstöd för detta.
- Det saknas forum, utöver de operativa enhetsteamen, för medarbetare som inte är chefer att diskutera avvikelser i. Forum kan underlätta när lärdomar från avvikelser ska dras.
- Vissa medarbetare anser att “Solsidan” (Karlstad kommuns intranät) är svårnavigerad. För att medarbetare ska ha kännedom om och möjlighet att följa riktlinjer och anvisningar måste det säkerställas att alla har kunskap om var de finns.
- Det är en utmaning att få med hela ledet, att jobba i team och att skapa förståelse för det gemensamma uppdraget. Det måste säkerställas att alla medarbetare har samma slutmål, där vägen till målet är den samma, men olika professioner och funktioner har olika roller och ansvar kan skilja sig mellan professioner.
- En förutsättning för ett likformigt arbetssätt är att informationen som kommuniceras är enhetlig och likvärdig. Det blir än viktigare när cheferna i vardagen inte sitter tillsammans och hanterar tolkning av riktlinjer gemensamt utifrån händelser som uppstår.
- I uppföljningar bör det säkerställas om anvisningar och riktlinjer tolkas enhetligt. De uppföljningar som görs ligger till fördel som grund för diskussioner mellan enhetschefer.

Uppfyller rutiner och riktlinjer för kontrollområdet relevanta lagkrav?

Beskrivning

För att undersöka huruvida rutiner och riktlinjer för kontrollområdet relevanta lagkrav har vi granskat hur personal i sitt dagliga arbete har kännedom om riktlinjer och rutiner, samt hur väl dessa följs.

Vi har även granskat om det i riktlinjer och rutiner framgår hur uppföljning säkerställs.

Observationer

Det framgår av granskningens dokumentstudie att det finns riktlinjer och anvisningar för många av de områden som medarbetare under intervjuer har gett uttryck för som otydliga, bl.a. för avvikelsehantering och egenkontroll. Det framgår dock från både intervjuer och dokumentstudie att följsamheten till anvisningar och riktlinjer varierar.

I riktlinje om avvikelsehantering framgår vem som ansvarar för att rapportera avvikelsen samt att avvikelserna ska åtgärdas och följas upp. Omvårdnadspersonal och legitimerad personal ska delta vid uppföljning och enhetschefer ska ansvarar för att förutsättningar finns för uppföljning av avvikelser.

Enligt *Bedömningsunderlag tillsyn HSL* framgår att personalen känner till vad som ska rapporteras som avvikelse och hur de ska gå tillväga när det gäller om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. I granskningen framgår dock att det råder osäkerhet bland personalen kring detta.

Utvecklingsbehov

Granskningen visar att det finns ett flertal för kontrollområdet relevanta anvisningar och riktlinjer på plats. Inom detta område har granskningen därför inte identifierat något större utvecklingsbehov.

Det har dock framgått att det finns utrymme för utveckling i följsamheten till anvisningar och riktlinjer. Idag brister den i vissa avseenden, något som framkommer i både egenkontroller och intervjuer.

Tack

pwc.se

Denna rapport har upprättats inom ramen för vårt uppdrag att utföra granskning av vård- och omsorgsförvaltningens interna kontroll av verksamheten, samt samverkan mellan olika professioner i verksamheten. Rapporten är endast upprättad för vår uppdragsgivares räkning, Karlstad kommun, och får inte lämnas ut eller göras tillgänglig för andra fysiska eller juridiska personer utan Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB:s/PricewaterhouseCoopers AB:s skriftliga godkännande. I avsaknad av skriftligt godkännande, tar Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB/PricewaterhouseCoopers AB inte något som helst ansvar gentemot någon annan än uppdragsgivaren som väljer att förlita sig på eller att agera utifrån innehållet i denna rapport. Inte heller tas något ansvar för att rapporten används för andra syften än för dem som förelegat vid uppdragets utförande.

© 2018 PricewaterhouseCoopers i Sverige AB. All rights reserved. In this document, “PwC” refers to Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB or PricewaterhouseCoopers AB which is a member firm of PricewaterhouseCoopers International Limited, each member firm of which is a separate legal entity.