

Granskning av kvalitet inom hemvården

Svalövs kommun



Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor	3
2.3. Genomförande och avgränsning	4
2.4. Revisionskriterier	4
3. Iakttagelser	5
3.1. Arbetsprocesser och rutiner	5
3.2. Brukarens delaktighet i vårdens utförande	8
3.3. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	10
3.4. Uppföljning och kontroll	11
4. Bedömning	13
5. Källförteckning	15
6. Revisionskriterium	16
6.1. Kommunallagen (2017:725)	16
6.2. Socialtjänstlagen (2001:453)	16
6.3. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)	16
6.4. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	17
6.5. Vård- och omsorgsnämndens reglemente	17

1. Sammanfattning

EY har genomfört en granskning på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna för att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att säkra och utveckla kvalitet inom hemvården. Granskningen har grundats på intervju med ledande tjänstepersoner och dokumentstudier. En enkät skickades ut till tillsvidareanställda medarbetare (undersköterskor och vårdbiträden) i hemvården. Enkäten skickades till 62 personer och vi fick 21 svar, vilket gav en svarsfrekvens om cirka 34 procent. Mot bakgrund av den låga svarsfrekvensen har resultatet inte redovisats eller påverkat våra bedömningar i rapporten.

Den sammanfattande bedömningen är att vård- och omsorgsnämnden delvis har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att säkra och utveckla kvaliteten inom hemvården. Granskningen har visat att det finns centrala arbetsprocesser och rutiner samt att de är dokumenterade och tillgängliga via intranätet och att efterlevnaden av rutiner följs upp genom egenkontroller och intern kontroll. Personalens delaktighet i kvalitetsarbetet sker främst genom att följa de riktlinjer och rutiner som finns och att rapportera avvikelser när sådana sker. Nämnden följer upp och genomför kontroller av kvalitén genom sitt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete vilket vi anser till stor del är tillräckligt.

Vi har bedömt det vara en brist att nämnden inte har säkerställt brukarnas delaktighet i vårdens utförande då det saknas genomförandeplaner och att det finns genomförandeplaner som inte är aktuella och/eller att de inte tillräckligt tydligt redogör för brukarnas delaktighet eller tydlighet i hur insatserna ska utföras. Nämnden bör ta del av resultaten av Socialstyrelsens brukarundersökning "Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende" för 2022, och genomföra en analys av dess resultat vilken kan ligga till grund för nämndens förbättringsarbete.

Vidare anser vi att nämnden bör utveckla sin interna kontroll dels genom att göra mer heltäckande risk- och väsentlighetsanalyser inför valet av kontrollmoment dels genom att ta del av uppföljningar gällande den interna kontrollen mer frekvent än enbart en gång per år.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ säkerställa att samtliga brukare har genomförandeplaner och att de som sedan tidigare har planer att deras är aktuella,
- ▶ ta del av Socialstyrelsens brukarundersökning "Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende" för 2022 och genomföra en analys som kan ligga till grund för förbättringsarbetet,
- ▶ genomföra en mer heltäckande risk- och väsentlighetsanalys inom ramen för sin interna kontroll för att säkerställa att fler riskområden identifieras och bedöms inför valet av kontrollmoment, samt
- ▶ se över behovet av mer löpande information gällande intern kontroll.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Hemvården är en central kommunal angelägenhet och en viktig välfärdstjänst. De nationella befolkningsprognoserna visar att andelen äldre ökar, vilket ställer högre krav på att kommuner har en fungerande verksamhet av god kvalitet. Hemvården har utvecklats från att vara mest inriktad på hjälp i hushållet till att bli en kvalificerad tjänst som ger vård och omsorg till svårt sjuka personer. Alltfler äldre bor kvar i sitt hem livet ut, ofta med stort behov av stöd från hemvården.

Socialstyrelsen föreskriver att den som bedriver socialtjänst ska upprätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar verksamhetens alla delar. Ledningssystemet beskrivs som ett systematiskt arbetssätt för att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt kontinuerligt förbättra verksamheten. I föreskrifterna finns det krav på att identifiera, beskriva och fastställa processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. För ett systematiskt arbete med utveckling och förbättring ska det genomföras riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser. Personalen ska medverka i kvalitetsarbetet och kvalitetsarbetet ska dokumenteras.

En viktig del i att följa upp och utveckla kvalitet är att beakta vad brukare och anhöriga anser om den hjälp och service som ges. Av resultatet från den nationella brukarundersökningen inom äldreomsorgen år 2020 framgår att 91 procent av de svarande sammantaget var mycket eller ganska nöjda med hemvården i Svalövs kommun¹. Lägst resultat noteras avseende fråga om den äldre anser sig ha möjlighet att påverka vilka tider de får hjälp av hemtjänstpersonal² och högst resultat noteras för frågan om personalen brukar bemöta den enskilde på ett bra sätt³.

Kommunens revisorer har i sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt att det är väsentligt att granska kvalitetsarbetet inom hemvården.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen har syftat till att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att säkra och utveckla kvalitet inom hemvården.

I granskningen har följande revisionsfrågor besvarats:

- ▶ Har nämnden tillsett att centrala arbetsprocesser och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda och att dessa följs?

¹ Brukarbedömning hemtjänst, äldreomsorg - helhetssyn, andel (%). 2020.

² 50 procent var ganska eller mycket nöjda.

³ 97 procent svarade ja eller oftast.

- ▶ Har nämnden säkerställt brukarnas delaktighet i vårdens utförande?
- ▶ Har nämnden säkerställt personalens medverkan i kvalitetsarbetet inom hemvården?
- ▶ Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av kvalitet inom hemvården?

2.3. Genomförande och avgränsning

Granskningen har grundats på dokumentstudier och intervjuer. Intervjuer har genomförts med socialchef IFO, verksamhetschef hälso- och sjukvård och ordinärt boende samt utvecklingsstrateg. En enkät skickades ut till tillsvidareanställda medarbetare (undersköterskor och vårdbiträden) i hemvården. Enkäten fokuserade på frågeställningar om personalens och brukares delaktighet, processer för förbättringsarbete samt kompetens och stöd i arbetet. Enkäten skickades ut under perioden den 23 september till den 16 oktober. Inför utskicket ska enhetschefer ha blivit informerade om att enkäten skulle skickas ut samt att de i sin tur ska ha informerat sina medarbetare om enkäten. Under perioden skickades fyra påminnelser ut om att svara på enkäten. Påminnelser ska också ha skett internt inom organisationen. Enkäten skickades till 62 personer och vi fick 21 svar. Detta ger en svarsfrekvens om cirka 34 procent. Mot bakgrund av den låga svarsfrekvensen kommer inte resultatet att redovisas eller påverka våra bedömningar i rapporten.

Granskningen har genomförts under perioden september 2022 till januari 2023 och avser verksamhetsåret 2022.

2.4. Revisionskriterier

Granskningens bedömningar utgår från följande revisionskriterier, för att läsa mer om revisionskriterierna se avsnitt 6.

- ▶ Kommunallagen (2017:725)
- ▶ Socialtjänstlagen (2001:453)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- ▶ Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens reglemente

3. Iakttagelser

3.1. Arbetsprocesser och rutiner

3.1.1. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Nämnden fastställde ett reviderat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete den 28:e oktober 2021. I dokumentet beskrivs att kärnan i ledningssystemet är att säkra kvaliteten i de tjänster social sektor och sektor vård och omsorg/LSS utför för brukarna genom att verksamheterna identifierar, beskriver och fastställer sina processer. Verksamheterna ska identifiera aktiviteterna som ingår i processerna samt bestämma dess inbördes ordning samt utarbeta och fastställa rutiner för hur aktiviteterna ska genomföras. Det anges vara av särskild vikt att identifiera de processer där samverkan behövs, avsett om det avser intern eller extern samverkan. I ledningssystemet beskrivs ansvarsfördelningen i kvalitetsarbetet mellan nämnd, cheferna i organisationen, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), utvecklingsstrateg och medarbetarna.

Det systematiska förbättringsarbetet ska ske genom riskanalyser, egenkontroller, internkontroll och utredning av avvikelser. Riskanalyser ska genomföras av samtliga verksamheter och särskilt om det finns en förhöjd risk av något slag. I ledningssystemet anges att riskanalyser ska göras löpande när behov uppstår men även inför organisationsförändringar, vid införande av nya arbetsätt/metoder eller vid betydande förändringar av nämndens mål/uppdrag/budget. För egenkontroller är det ledningsgruppen på respektive nivå (sektor/verksamhet) som ska besluta vilka källor som ska ingå i den och med vilken frekvens dessa ska kontrolleras och analyseras. Ledningsgruppen ansvarar också för att formulera åtgärdsförslag till följd av resultaten samt att uppföljning sker. Nämnden ansvarar för att varje år anta en plan för intern kontroll. Verksamheten ska arbeta efter förbättringshjulet (planera, genomföra, utvärdera, förbättra). Sektorledningsgruppen har det övergripande ansvaret för att planerade åtgärder genomförs, följs upp och vid behov förbättras.

Nämnden sammanställer årligen sitt kvalitetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse och i en kvalitetsberättelse (mer om detta i avsnitt 3.4).

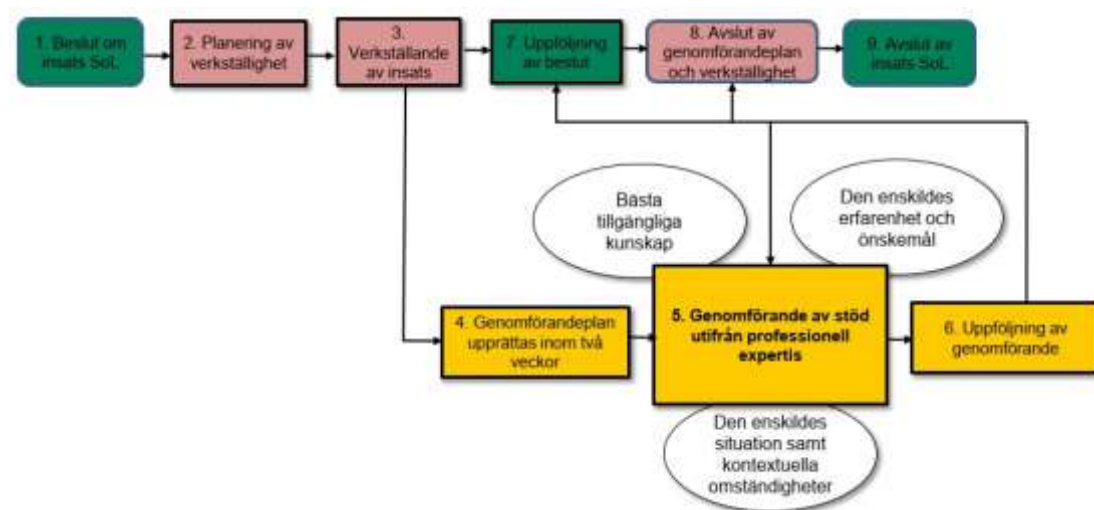
3.1.1.1 Kvalitetsbiblioteket

Verksamhetens riktlinjer och rutiner finns samlade i kvalitetsbiblioteket som finns att tillgå på kommunens intranät. Ledningssystemet hänvisar till kvalitetsbiblioteket vad gäller verksamhetens årshjul, riktlinjer, rutiner och mallar. Genom en skärmdump av intranätet kan vi se att hemvård har en egen flik i kvalitetsbiblioteket. Det finns även andra områden som ingår i kvalitetsbiblioteket såsom avvikelser, lex Sarah och lex Maria, covid -19, intern kontroll, synpunkter, vårdhygien med flera.

3.1.1.2 Hemvårdsprocess och Handbok Hemvård SoL

Nämnden har en hemvårdsprocess som beskriver hur flödet ska se ut från beslut om insats enligt socialtjänstlagen till avslut av insatsen. Bilden nedan är tagen från kommunens dokument.

De grönfärgade rutorna avser aktivitet av handläggare, de rosa rutorna avser aktivitet av administratör med planeringsuppdrag och de gula rutorna avser aktivitet av hemvårdspersonal.



Det finns en handbok beslutad av verksamhetschefen för hemvård den 9:e februari 2021. Handboken följer och beskriver de nio stegen som ingår i hemvårdsprocessen. I handboken hänvisas läsaren vidare till ytterligare dokument som ska vara behjälpliga i arbetet. Detta avser främst andra interna rutiner som finns tillgängliga i kvalitetsbiblioteket på intranätet men även till Socialstyrelsen för mer information om exempelvis systematisk uppföljning eller öppna jämförelser. I handboken finns även upprättad förteckning med lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd, arbets sätt och IT-stöd som gäller för verksamheten.

3.1.1.3 Rutiner och årshjul

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av följande rutiner som avser arbetet inom hemvård:

- ▶ Rutin - Lex Sarah, senast uppdaterad 11:e mars 2021
- ▶ Rutin dokumentation SoL och LSS, senast uppdaterad 27:e april 2021
- ▶ Avvikelserutin för rapportörer, senast uppdaterad 19:e februari 2021
- ▶ Avvikelserutin för utredare och medutredare, senast uppdaterad 19:e februari 2021
- ▶ Rutin för personal vid hantering av synpunkter och klagomål, beslutad 3:e oktober 2022

Rutinerna beskriver hur arbetet ska genomföras, roller och ansvar samt uppföljning/återrapportering till nämnden när det är aktuellt.

För att få en överblick av vilka kontroller, moment och uppföljningar som ska genomföras under året har årshjul tagits fram för olika funktioner och olika processer i verksamheten. Årshjulen vi har tagit del av är ämnade för funktionerna enhetschef och administratör samt för processerna ekonomi och rutiner och riktlinjer APT (arbetsplatsträff). Av enhetschefens årshjul framgår exempelvis att det ska ske en genomgång av basala hygienrutiner, lex Sarah och lex Maria i januari, att enkäten för systematiskt arbetsmiljöarbete ska ske i maj samt att medarbetarsamtal ska ske i oktober. Av administratörens årshjul exempelvis att samla in semestersönskemål i februari samt att hygienombud ska planeras in för basal hygienmätning i maj och i november. Årshjulet för rutiner och riktlinjer APT redogör för när under året olika rutiner ska lyftas under APT. Nedan följer exempel på rutiner för perioden januari till mars:

- ▶ Januari: basala hygienrutiner, lex Sarah och lex Maria.
- ▶ Februari: genomgång avvikelsehantering.
- ▶ Mars: rutin kontaktmannaskap och rutin stick och skärskador.

Enligt de intervjuade följs följsamheten till rutinerna upp genom kontroller som är inplanerade och genom avvikelsehanteringen. I patientsäkerhetsberättelsen redogörs för vilka kontroller som har genomförts under ett år. I rapporten som avser 2021 kan vi läsa att egenkontroller har genomförts av:

- ▶ sjuksköterskors upplevelse av att använda beslutstödet ViSam⁴.
- ▶ omsorgspersonalens upplevelse av att använda rapporteringsverktyget SBAR⁵.
- ▶ Läkemedelsgranskning av Apoteket har genomförts i tre särskilda boenden, en LSS-gruppboende och ett socialpsykiatriboende.

Av rapporten framgår vidare att det under 2021 inte genomfördes någon PPM⁶ (punkt prevalensmätning) av följsamheten till basalhygien och klädregler, men att detta ska göras under 2022. Vid granskningen genomförande är inte nämndens patientsäkerhetsberättelse 2022 framtagen, men kommunen ingår i SKR:s rapport av 2022 års mätning.

⁴ Beslutstödet är ett verktyg för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg som ska användas när den enskildes hälsotillstånd försämrats. Beslutstödet ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske.

⁵ SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation) är ett rapporteringsverktyg som ger struktur för hur informationsöverföring och kommunikation ska gå till.

⁶ SKR genomför varje år en nationell punktprevalensmätning (PPM) av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inom vård och omsorg.

3.2. Brukarens delaktighet i vårdens utförande

Av intervjun framkom att brukarnas delaktighet i vårdens utförande säkras främst i upprättandet av genomförandeplanen och i uppföljningen av den. De intervjuade framhåller att brukarens delaktighet även ska framgå i ansökan om hemvård genom samtalen kring vad brukaren klarar av själv och vad vilket stöd brukaren är i behov av. I rutinen dokumentation SoL och LSS står skrivet att genomförandeplanen syftar till att:

- ▶ bidra till att omsorgen planeras, bedrivs målinriktat och följs upp
- ▶ skapa en tydlig struktur för genomförandet
- ▶ tydliggöra både för brukaren och för personalen vad som ska göras, vem som ska göra vad, när och hur.

I rutinen finns vägledning till den som ska upprätta en genomförandeplan. Kontaktpersonalen ansvarar för att ta fram planen tillsammans med brukaren. I rutinen framhålls att upprättandet ska påbörjas omgående och fastställas skyndsamt, senast inom två veckor. Som vägledning ges även tips om förberedelser inför samtalet, om samtalet samt genomförandeplanens innehåll. Genomförandeplanen ska användas som utgångspunkt för personalens arbete och av handläggaren som underlag, med brukarens samtycke, för uppföljning av beviljade insatser. Genomförandeplanen ska följas upp vid behov men minst var sjätte månad.

Vidare uppges att kommunen har ett råd för funktionshindrade och pensionärer som sammankallas av kommunfullmäktiges ordförande. Vid mötena deltar även nämndens ordförande och vid särskilda punkter deltar även förvaltningschefen vid rådsmötena. Under 2022 genomfördes två möten med rådet. Vid mötena upprättas minnesanteckningar.

Enligt de intervjuade används brukarundersökningars resultat för att utveckla verksamheten. I Kolada finns uppgifter om Socialstyrelsens undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden för åren 2018-2020 samt för 2022. Vid en genomgång av nämndens protokoll för 2022 kan vi inte se att nämnden har tagit del av brukarundersökningens resultat för 2022.

Nedan presenteras ett diagram med resultatet på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har?". Kommunens resultat, om 85 procent, utgörs av den svarta horisontella linjen och utgör den sista gula linjen i diagrammet innan det röda området (sämsta kvartilen) tar vid. Rikssnittet ligger på 86 procent.

Bild 1. Diagram brukarbedömning 2022 - helhetssyn



Källa: Kolada

Nedan presenteras ett diagram med resultatet på frågan "Är handläggarens beslut anpassat efter dina behov?". Kommunens resultat, om 57 procent, utgörs av den svarta horisontella linjen i det röda området. Riksnittet ligger på 71 procent.

Bild 2. Diagram brukarbedömning 2022 - behov anpassas



Källa: Kolada

Nedan presenteras ett diagram med resultatet på frågan "Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar?". Kommunens resultat, om 37 procent, utgörs av den svarta horisontella linjen i det röda området. Riksnittet ligger på 61 procent.

Bild 3. Diagram brukarbedömning 2022 - information om förändringar



Källa: Kolada

Nedan presenteras ett diagram med resultatet på frågan "Känner du förtroende för personalen som kommer hem till dig?". Kommunens resultat, om 92 procent, utgörs av den svarta horisontella linjen och utgör den första gröna linjen i diagrammet (det gröna området utgör den bästa kvartilen) efter det gula området. Rikssnittet ligger på 87 procent.

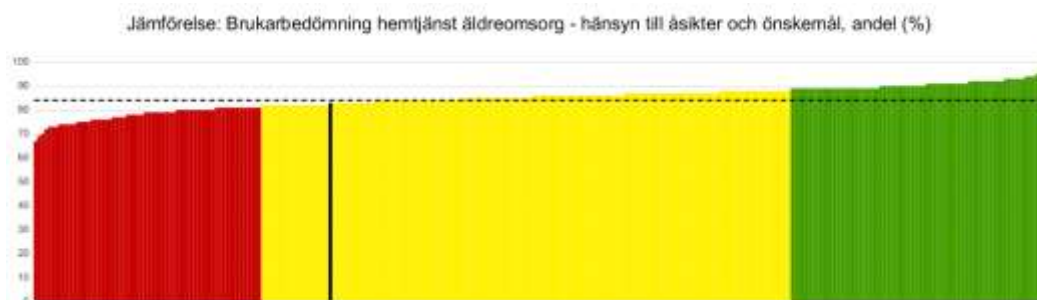
Bild 4. Diagram brukarbedömning 2022 - förtroende för personalen



Källa: Kolada

Bild 5. Diagram brukarbedömning 2022 - hänsyn till åsikter och önskemål

Nedan presenteras ett diagram med resultatet på frågan "Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras?". Kommunens resultat, om 83 procent, utgörs av den svarta horisontella linjen i det gula området. Rikssnittet ligger på 84 procent.



Källa: Kolada

3.3. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

De intervjuade beskriver att de främsta sätten som personalen medverkar i kvalitetsarbetet är genom avvikelshanteringen och genom dokumentationen i det löpande arbetet vilka ska bidra till förbättringsarbetet. Personalen ska följa de rutiner som finns för verksamheten och vid avvikelser rapportera detta för att det i sin tur ska användas i ett lärande syfte för att förebygga/undvika liknande händelser framöver. Arbetsplatsträffarna uppges fungera som ett forum för att ta del av nya

eller förändrade rutiner, dela erfarenheter av avvikelser samt för att följa upp genomförda interna utbildningar.

3.4. Uppföljning och kontroll

Av intervjun framkom att nämnden följer kvalitetsarbetet genom att ta del av löpande information när exempelvis en lex-Sarahanmälan sker, genom de årliga rapporterna som avser patientsäkerhetsarbetet och kvalitetsarbetet samt i samband med delårsbokslutet och årsbokslutet gällande mål och verksamhet.

Vidare utgör nämndens interna kontroll en del av den uppföljning och kontroll som görs av verksamheten. Nämnden beslutade om sin interkontrollplan för 2022 den 16:e december 2021. För verksamhetsåret 2022 innehöll intern kontroll kontroller av brukarens privata medel, behörighetskontroll, genomförandeplan, dokumentation i enlighet med socialtjänstlagen och resursfördelningssystem. Riskbedömningen för samtliga risker var 12 (fyra på konsekvens och tre på sannolikhet för samtliga). I nämndens bruttorisklista 2022 fanns ytterligare två riskområden nämligen granskning av HSL-journal och kontroll av obehörig läsning av journal, dessa fick också riskbedömning 12 men ingick inte i internkontrollplanen. Av kvalitetsberättelsen för 2021 kan vi läsa att arbetet med framtagande av en fullständig bruttorisklista/riskanalys var något som verksamheten utifrån rådande situation inte maktade med att göra under hösten 2021. Verksamheten fokuserade istället på att ta upp de mest riskfyllda/mest väsentliga momenten inom nämndens verksamhetsområde.

Nämnden tog del av uppföljning av den interna kontrollen den 26:e oktober 2022 och bedömde då att den interna kontrollen var tillräcklig i enlighet med kommunallagens 6 kap. 6 § andra stycket. Av uppföljningen framgår att fyra av fem kontrollområden visade på avvikelser och att åtgärder ska vidtas för att komma till rätta med dessa. Gällande brukarens privata medel ska rutinen tydliggöras och förenklas för personalen. Kontrollen av genomförandeplaner visade att en stor del saknar brukarnas delaktighet eller tydlighet i hur insatserna ska utföras. Flertalet saknade uppdaterade genomförandeplaner eller saknade helt genomförandeplaner. Som åtgärd anges att verksamheterna ska arbeta med resultatet av granskningen tillsammans med medarbetarna. Kontrollen avseende dokumentation i enlighet med socialtjänstlagen visade att det finns ett utvecklingsområde kring detta samt att det redan fanns en inplanerad utbildning för samtliga medarbetare inom sektor vård och omsorg. Gällande resursfördelningssystemet visade kontrollen att den registrerade tiden inte överensstämmer mellan hemvårdens två olika system. Av uppföljningen framgår att verksamheten höll på att upphandla ett nytt system för att bättre kunna göra jämförelser och analyser. Det nya systemet ska enligt uppföljningen implementeras under första halvåret 2023.

Det sammantagna kvalitetsarbetet som genomförs sammanställs i nämndens patientssäkerhetsberättelse och kvalitetssäkerhetsberättelse. Rapporterna behandlades den 23:e februari 2022 respektive den 30:e mars 2022 av nämnden. I rapporterna som avser 2021 års verksamhet beskrivs på övergripande nivå det systematiska kvalitetsarbetet som har genomförts genom riskanalyser, kontroller

och utredda avvikelser. Vidare beskrivs bland annat ansvarsfördelningen, hanteringen av avvikelser, uppföljningar och kontroller (intern kontroll, egenkontroller och inspektioner) under året samt mål, strategier och utmaningar för kommande år. I patientsäkerhetsberättelsen under avsnittet mål, strategier och utmaningar för kommande år finns målet att vård- och omsorgsnämnden ska upprätta en lokal handlingsplan för patientsäkerhet. Vid sammanträdet den 27:e april 2022 fattar nämnden beslut om ett upplägg för framtagandet av handlingsplanen. Av protokollen framgår att nämnden under hösten får löpande information om handlingsplanen. Informationen delges under punkten information vilket medför att det inte framgår av protokollen vad informationen avser. Vid sitt sammanträde den 14:e december 2022 fattar nämnden beslut om att godkänna lokal handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2023-2024.

I kvalitetssäkerhetsberättelsen för 2021 kan vi läsa att det inom vård och omsorg registrerades 1024 avvikelser och 13 lex Sarah-rapporter. Av avvikelserna avsåg 308 annan avvikelse, 336 fall, 288 läkemedelshantering, 17 medicintekniska produkter, 61 omvårdnad HSL och 14 rehabilitering. Efter utredning har två lex Sarah-anmälningar skickats in till IVO under 2021. Av det totala antalet avvikelser avsåg 331 avvikelser inom hemvården. Tre av 13 lex Sarah-rapporter under 2021 avsåg hemvården. Gällande synpunkter inkom 17 under 2021, det görs ingen åtskillnad i rapporten vilket verksamhetsområde som berördes av synpunkterna. Det framgår dock att synpunkterna rörde allt ifrån missnöje med förändring av insats/planering av insats/utebliven insats samt synpunkter på störande ljud från allmänheten. Vidare framgår att återkoppling/åtgärder har skett till den enskilde i varje ärende där kontaktuppgifter har lämnats. I rapporten redogörs även för några nyckeltal från brukarundersökningar och från kommunens kvalitet i korthet (KKIK).

I rapporterna redovisas till största del resultaten på totalen och inte uppdelat mellan olika verksamhetsområden och/eller enheter. Avvikelser under året är i stort sett det enda området som särredovisas mellan verksamhetsområdena och ner på enhetsnivå.

I delårsbokslutet 2022 redovisas verksamhetens ekonomi, nyckeltal gällande dygnsrapportering och LOV-timmar, genomförda effektiviseringar, särskilda händelser, framtida utmaningar och nämndens uppdrag till verksamheten och mål beslutade av kommunfullmäktige.

Vid en genomgång av nämndens protokoll för 2022 framgår att nämnden löpande har tagit del av information kring lex-Sarah anmälningar och utredningar. Vidare framgår att nämnden inte löpande har tagit del av resultaten av genomförd intern kontroll eller egenkontroller utan att dessa har rapporterats i samband med den årliga uppföljningen/rapporten. Policyn för intern kontroll, fastställd av kommunfullmäktige den 20:e december 2021, fastställer enbart att uppföljning till nämnden ska ske vid en tidpunkt som möjliggör för nämnden att skicka vidare rapporten till kommunstyrelsen senast den 1:e november. I instruktionen för intern kontroll i kommunen, senast fastställd den 4:e november 2022 av kommunstyrelsen, anges att om allvarigare fel eller brister uppmärksammas ska det omedelbart rapporteras in till kommunchef och nämnd.

4. Bedömning

Bedömningen är att vård- och omsorgsnämnden delvis har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att säkra och utveckla kvaliteten inom hemvården. Nämnden har tillsett att det finns tydliga arbetsprocesser och rutiner samt att de är dokumenterade och tillgängliga via intranätet. Att efterlevnaden av rutiner följs upp genom egenkontroller och intern kontroll bedöms vara positivt. Ett utvecklingsområde skulle kunna vara att grunda valet av egenkontroller på en riskanalys i likhet med hur valet av kontrollmoment inom ramen för internkontroll ska göras. Att genomföra och dokumentera en riskanalys som på ett tydligt sätt visar att valet av egenkontroller som ska genomföras under året är de mest väsentliga att fokusera på vore ett ändamålsenligt sätt att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet på. Detta är av än större vikt i organisationer eller i verksamheter som upplever sig ha resursbrist i form av personal eller i tid. Personalen inom hemvården skulle med fördel kunna involveras i riskanalysarbetet för att göra dem än mer delaktiga i kvalitetsarbetet.

Vi bedömer det vara en brist att nämnden inte har säkerställt brukarnas delaktighet i vårdens utförande då det saknas genomförandeplaner och att det finns genomförandeplaner som inte är aktuella och/eller att de inte tillräckligt tydligt redogör för brukarnas delaktighet eller tydlighet i hur insatserna ska utföras. Vidare vore det en fördel om nämnden tar del av resultaten av Socialstyrelsens brukarundersökning "Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende" för 2022, och genomföra en analys av dess resultat vilken kan ligga till grund för nämndens förbättringsarbete.

Gällande personalens medverkan i kvalitetsarbetet inom hemvården kan vi konstatera att den främst sker genom avvikelshantering. Personalen ska följa de rutiner/planer som finns och vid avvikelser rapportera det i enlighet med rutinen eller föra dokumentation kring avvikelser gällande brukarnas insatser. På så sätt bidrar personalen till att förbättra befintliga rutiner eller identifiera behovet av nya.

Nämnden följer upp och genomför kontroller av kvalitén genom sitt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete vilket vi anser till stor del är tillräckligt. Ett utvecklingsområde gällande kvalitetsberättelsen skulle kunna vara att särredovisa resultaten för de olika verksamhetsområdena i fler avseenden än enbart gällande avvikelser. Detta för att nämnden ska få en större inblick i skillnaderna mellan verksamhetsområdena eller till och med enheter för att kunna dra slutsatser och fatta beslut om åtgärder vid behov.

Slutligen anser vi att nämnden bör utveckla sin interna kontroll dels genom att göra mer heltäckande risk- och väsentlighetsanalyser inför valet av kontrollmoment dels genom att ta del av fler uppföljningar gällande den interna kontrollen än enbart en gång per år. En uppföljning per år försvårar för nämnden att under innevarande år vidta åtgärder vid identifierade avvikelser. Instruktionen för intern kontroll definierar inte heller på ett tydligt sätt vad allvarigare fel eller brister innebär, vilket kan ha till följd att olika tolkningar görs mellan nämndernas verksamheter.

Revisionsfråga	Svar
Har nämnden tillsett att centrala arbetsprocesser och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda och att dessa följs?	Ja, det finns centrala processer och rutiner, och det görs kontroller av utvalda rutinerna genom egenkontroll/intern kontroll.
Har nämnden säkerställt brukarnas delaktighet i vårdens utförande?	Nej, samtliga brukare har inte genomförandeplaner och alla genomförandeplaner som finns är inte aktuella.
Har nämnden säkerställt personalens medverkan i kvalitetsarbetet inom hemvården?	Ja, personalen inom hemvården bidrar genom avvikelshantering.
Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av kvalitet inom hemvården?	Delvis. Nämnden följer upp delar av arbetet löpande, såsom lex Sarah-anmälningar, men tar inte del av löpande uppföljning under året gällande intern kontroll eller egenkontroller.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ säkerställa att samtliga brukare har genomförandeplaner och att de som sedan tidigare har planer att deras är aktuella,
- ▶ ta del av Socialstyrelsens brukarundersökning "Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboende" för 2022 och genomföra en analys som kan ligga till grund för förbättringsarbetet,
- ▶ genomföra en mer heltäckande risk- och väsentlighetsanalys inom ramen för sin interna kontroll för att säkerställa att fler riskområden identifieras och bedöms inför valet av kontrollmoment, samt
- ▶ se över behovet av mer löpande information gällande intern kontroll.

5. Källförteckning

Intervjuade

- ▶ Socialchef IFO
- ▶ Verksamhetschef hälso- och sjukvård och ordinärt boende
- ▶ Utvecklingsstrateg

Analyserade dokument

- ▶ Nämndens reglemente
- ▶ Policy för intern kontroll
- ▶ Instruktion för intern kontroll
- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse 2021
- ▶ Kvalitetsberättelse 2021
- ▶ Nämndens protokoll 2022
- ▶ Nämndens delårsbokslut 2022
- ▶ Internkontroll 2022 inklusive bruttorisklista
- ▶ Plan för intern kontroll 2022
- ▶ Uppföljning intern kontroll 2022
- ▶ Hemvårdsprocess
- ▶ Avvikelserutin för rapportörer
- ▶ Avvikelserutin för utredare och medutredare
- ▶ Handbok hemvård
- ▶ Rutin för personal vid hantering av synpunkter och klagomål
- ▶ Årshjul enhetschefer och administratörer

6. Revisionskriterium

6.1. Kommunallagen (2017:725)

Kommunallagens 6 kap 6 § anger att nämnderna inom sitt ansvarsområde ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med Kommunfullmäktiges mål och riktlinjer, samt i enlighet med lagar och författningar som gäller för verksamheten.

6.2. Socialtjänstlagen (2001:453)

Av socialtjänstlagens fjärde kapitel framgår att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden, för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

6.3. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Den som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Den som bedriver socialtjänst ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Det ska fortlöpande göras bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen kan innefatta:

- ▶ Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister.
- ▶ Jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter.
- ▶ Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat.
- ▶ Målgruppsundersökningar.
- ▶ Granskning av journaler, akter och annan dokumentation.
- ▶ Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.
- ▶ Analys av uppgifter från patientnämnder.

- ▶ Inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

Med utgångspunkt i iakttagelser från riskanalyser, egenkontroller och avvikelser ska det vid behov vidtas förbättrande åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet.

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Det bör upprättas en årlig sammanhållen kvalitetsberättelse.

6.4. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter fastställer att den som bedriver verksamhet ska utöva egenkontroll, vilket innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. I handboken anges att egenkontrollen även innebär att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Vidare anges att skillnaden mot riskanalyserna, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontrollen att granskning ska göras av den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs. Egenkontrollen beskrivs vidare som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål.

Föreskrifterna fastställer att egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamhet ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. I handboken anges att omständigheter som kan påverka frekvensen och omfattningen är till exempel verksamhetens inriktning, om verksamheten omfattats av komplicerade krav i lagstiftningen, om hela eller delar av verksamheten har varit särskilt riskfylld, om förändringar genomförts i en verksamhet, om nya arbetssätt införts eller om nya metoder har tillämpats.

6.5. Vård- och omsorgsnämndens reglemente

Nämndens reglemente är senast fastställt och reviderat av kommunfullmäktige den 21:e december 2020. Nämnden ska enligt reglementet fullgöra kommunens uppgifter vad gäller vård av och omsorg om äldre och funktionshindrade med flera, såsom särskilt boende och andra boendeformer, hemvård, hemsjukvård och daglig verksamhet. Förutom i socialtjänstlagen regleras verksamheterna av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), samt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.