

Granskning av kvalitet i hemtjänsten

Oxelösunds kommun



Innehåll

Sammanfattning och rekommendationer	2
1. Inledning.....	3
1.1 Bakgrund	3
1.2 Revisionskriterier	3
1.3 Metod och avgränsning.....	4
2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt hantering av rutiner inom hemtjänsten	5
2.1 Det finns dokumenterade rutiner och riktlinjer inom hemtjänsten	5
2.2 Det saknas dokumentation av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.....	7
2.3 Introduktionsutbildningen fungerar som en kvalitetssäkrare för användandet av rutiner och riktlinjer	8
2.4 Vår bedömning - ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas ...	9
3. Uppföljning av kvalitet i hemtjänsten och systematiskt förbättringsarbete	9
3.1 Kvalitetsuppföljning sker genom vård- och omsorgsnämndens ordinarie uppföljningsmoment.....	9
3.2 Det finns rutiner för avvikelshantering	10
3.3 Brukares synpunkter samlas främst in via Socialstyrelsens enkäter	11
3.4 Medarbetares synpunkter samlas in via medarbetarenkäter	11
3.5 Vår bedömning - uppföljningen av hemtjänsten och förbättringsarbetet behöver systematiseras.....	11
4. Samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården	12
4.1 Samverkan upplevs fungera bra mellan hemtjänsten och hemsjukvården.....	12
4.2 Vår bedömning - det finns en tillräcklig samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården	12
5. Kortfattade svar på revisionsfrågor.....	13
Bilaga 1 - Revisionskriterier	14
Bilaga 2 - Källförteckning	15

Sammanfattning och rekommendationer

Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunen säkerställer ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst. Granskningen har avsett vård- och omsorgsnämnden. Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden inte säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst. Bedömningen baseras på nedanstående iakttagelser.

- ▶ Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete saknar flera av de delar som rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd. Det saknas bland annat en kvalitetsberättelse eller liknande som beskriver vad som gjorts under året, vad som planeras att göras samt resultatet av det som gjorts.
- ▶ Det finns dokumenterade rutiner och riktlinjer, men det finns delade meningar kring om rutinerna är tillräckliga och lättillgängliga. Det finns ingen dokumenterad kartläggning av centrala processer.
- ▶ Det finns rutiner för avvikelshantering och Lex Sarah-anmälningar, men det saknas en systematisk uppföljning och sammanställning av resultatet som syftar till att utveckla verksamheten.
- ▶ Hemtjänstsenheterna planerar att ta fram en åtgärdsplan utifrån resultatet av Socialstyrelsens årliga brukarundersökning.
- ▶ Samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården upplevs fungera väl. Det sker kontinuerliga möten som inkluderar både det enskilda brukarperspektivet och det mer övergripande arbetssättet. Det saknas dock rutiner och riktlinjer för samverkan.
- ▶ Det saknas särskild uppföljning av hemtjänstverksamhetens kvalitet. Det sker enbart uppföljning utifrån vård- och omsorgsnämndens mål och budget samt internkontrollplan. Vi bedömer inte att detta utgör en tillräcklig uppföljning av kvalitén.

Utifrån granskningens resultat lämnar vi nedanstående rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- ▶ Säkerställ att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som uppfyller kraven i lag samt följer Socialstyrelsens allmänna råd och rekommendationer.
- ▶ Säkerställ att nämnden får del av tillräcklig uppföljning för att kunna säkra kvaliteten inom hemtjänsten.
- ▶ Säkerställ att brukarnas och anställdas synpunkter omhändertas samt att Lex-Sarah-anmälningar omhändertas på ett fortlöpande och systematiskt sätt för att stärka förbättringsarbetet.
- ▶ Överväg att ta fram rutiner eller riktlinjer avseende samverkan med hemsjukvården i syfte att fortsatt säkerställa en god samverkan oavsett personal.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet och en del i att säkerställa detta är att systematiskt följa upp de insatser som tillhandahålls, på såväl individ- som gruppnivå. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska användas för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Att resurser används och fördelas på bästa vis är en förutsättning för att kunna bedriva så god service som möjligt för kommunmedborgarna. Detta fordrar en organisation med tydligt fokus på förbättringar där förebyggande arbete, uppföljning och utvärdering är viktigt.

Hemtjänsten är en central och viktig välfärdstjänst som har utvecklats till att bli en kvalificerad tjänst som ger vård och omsorg, ibland även till svårt sjuka personer. Allt fler äldre bor kvar i sitt hem hela livet ut, vilket också kan innebära ett stort behov av stöd från hemtjänsten. En bra hemtjänstverksamhet bygger på relationen mellan den äldre och personalen, att den som hjälper har kunskap om den äldres livssituation och önskemål. I socialtjänstlagen framhålls som värdegrund att "socialtjänstens omsorg om äldre inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande" (5 kap 4 §). Revisorerna har i sin riskanalys identifierat hemtjänstens verksamhet som ett prioriterat område att granska och bedömer att det finns risk för att nämnden inte vidtar tillräckliga åtgärder för att få en effektiv verksamhet.

Mot bakgrund av kraven om god kvalitet inom socialtjänsten har revisorerna beslutat att granska vård- och omsorgsnämndens arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om kommunen säkerställer ett ändamålsenligt arbete med att utveckla och säkra kvaliteten i kommunens hemtjänst.

- ▶ Har nämnden säkerställt att det finns ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?
- ▶ Har nämnden säkerställt att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda?
- ▶ Hur säkerställs att personalen har tillräcklig kompetens om processer och rutiner?
- ▶ Har nämnden säkerställt att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete där brukarnas och anställdas synpunkter omhändertas samt Lex-Sarah-anmälningar omhändertas?
- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården?
- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet?

1.2 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna för denna granskning utgörs av:

- ▶ Förvaltningslagen (2017:900)
- ▶ Kommunallagen (2017:725)
- ▶ Socialtjänstlagen (2001:453)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah

- ▶ Kommunala mål och riktlinjer
- ▶ Nämndens reglemente

Revisionskriterierna beskrivs övergripande i bilaga 1 samt löpande i rapporten.

1.3 Metod och avgränsning

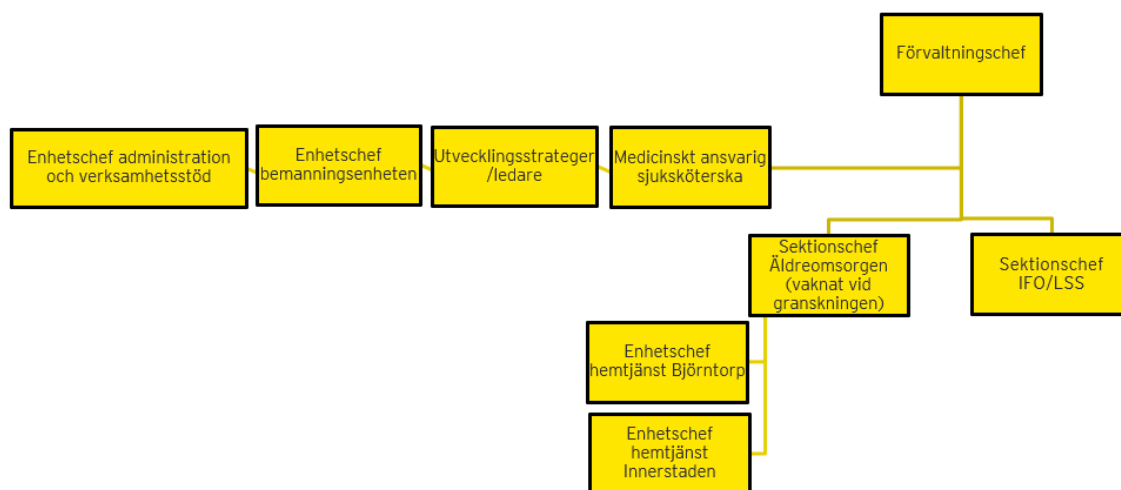
Granskningen baseras på dokumentstudier och intervjuer. Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden. Intervjuade funktioner samt granskade dokument listas i källförteckningen i bilaga 2.

2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt hantering av rutiner inom hemtjänsten

I detta kapitel redogörs för våra bedömningar och iakttagelser kopplat till nedanstående revisionsfrågor:

- ▶ Har nämnden säkerställt att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda?
- ▶ Har nämnden säkerställt att det finns ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?
- ▶ Hur säkerställs att personalen har tillräcklig kompetens om processer och rutiner?

Under våren 2023 skedde en omorganisering inom vård- och omsorgsnämnden. Omorganiseringen innebar bland annat att äldreomsorgsförvaltningen blev sammanslagen med social- och omsorgsförvaltningen. Förvaltningen kallas nu vård- och omsorgsförvaltningen. Vidare har det under de senaste åren slutat flera personer på chefsnivå. Detta har inneburit att intervjuade i denna granskning har varit relativt nya i sina positioner vid intervjutillfällena. Vidare har rollen som Sektionschef för äldreomsorgen varit vakant och därmed inte intervjuats. Bilden nedan illustrerar en förenkling av hur vård- och omsorgsnämnden är organiserad. Denna granskning har avsett hemtjänsten, vilken är uppdelad i två geografiska områden.



2.1 Det finns dokumenterade rutiner och riktlinjer inom hemtjänsten

Vi har efterfrågat och tagit del av aktuella rutiner och processer avseende hemtjänstverksamheten. Vi kan konstatera att det finns flertalet rutiner och styrande dokument för hemtjänstverksamheten. I detta avsnitt beskrivs ett urval av de rutiner och styrande dokument som syftar till att öka kvalitén i hemtjänsten.

Det första styrdokumentet som vi vill lyfta fram är vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan 2023-2025. I verksamhetsplanen har nämnden, utifrån kommunfullmäktiges mål, fastställt ett antal nämndmål som härrör till kvaliteten inom hemtjänsten. Målen finns inom kommunfullmäktiges målområde *Trygg och värdig ålderdom*. Målen redovisas i tabellen nedan.

KF-mål	Nämndmål	Mått för nämndmål och datakälla	Ingångsvärde/ Bokslutsvärde (år)	Målvärde		
				2023	2024	2025
Andel äldre (65+) i Oxelösund som känner sig trygga ökar jämfört med föregående år genom deltagande i kommunala trygghetskapande aktiviteter.	Öka tillgänglighet till information gällande trygghet i hemmet och ute i samhället.	Antal genomförda aktiviteter för att öka informationens tillgänglighet	Nytt mål	1st	2st	3st
Andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst är minst i samma nivå med genomsnittet vid senaste mätningen i likvärdiga kommuner.	Andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst.	Egen mätning ¹	71%	74%	82%	89%
Antal personer (personal) som brukare med hemtjänst möter under 14 dagar är högst i nivå med genomsnittet vid senaste mätningen i likvärdiga kommuner.	Antal personer (personal) som brukare med hemtjänst möter under 14 dagar ska minska.	Egen mätning ²	20	16	16	16

I förslaget till verksamhetsplan som beslutades om 13 december 2023 presenteras ingångsvärden för 2024 för ett av tre mål som presenteras ovan. De två andra målen är utbytta inför 2024. Det mål som kvarstår är "andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst". Vi noterar att ingångsvärdet för 2024 är 64 % vilket vi tolkar som att målet 2023 inte tycks vara uppnått. Vidare har målnivån för 2024 sänkts från 82 % till 71%.

Det finns dokumenterade rutiner för arbetssätt som syftar till att öka kvaliteten i hemtjänsten. Exempel på sådana arbetsrutiner är rutinen för åtgärder vid fall, läkemedelshantering, samt rutin för delegering till omvårdnadspersonal. Det finns även rutiner för avvikelshantering och Lex Sarah-anmälningar. Dessa rutiner och arbetssätten utifrån rutinerna beskrivs närmare i avsnitt 3.2.

Inom hemtjänsten finns även riskanalyser med tillhörande åtgärdsplaner framtagna per enhetsområde. Riskanalyserna avser organisatorisk, social och fysisk arbetsmiljö samt miljöskydd.

¹ Uppgifterna hämtas från Kolada

² Uppgifterna hämtas från Kolada

Vi har delgivit en årsplanering för dåvarande social- och omsorgsförvaltningen avseende arbetsmiljö/HR, verksamhetsplan/kvalitetsarbete, ekonomi, samverkan och nämnd. Intervjuade uppger att den är aktuell även efter omorganiseringen. Enligt uppgift har årsplaneringen inte anpassats specifikt för äldreomsorgsförvaltningen utan den har tillämpats utan omformuleringar. Aktiviteterna inom verksamhetsplan/kvalitetsarbete består av nedan listade punkter. Vissa av punkterna är återkommande under året.

- ▶ Fastställ aktiviteter i handlingsplan för enheten utifrån nämndens- och kommunfullmäktiges mål i verksamhetsplan 2023
- ▶ Årsbokslut 2022
- ▶ Månadsuppföljning aktiviteter i Stratsys³
- ▶ Uppföljning i drifttavlan
- ▶ Omvärldsanalys
- ▶ Deadline fastställa aktiviteter i handlingsplaner
- ▶ Uppföljning av handlingsplaner och aktiviteter tom mars
- ▶ Måluppföljning av genomförandegrad av aktiviteter tom april (i samband med ekonomisk uppföljning)
- ▶ Delårsbokslut måluppföljning tom augusti (i samband med ekonomisk uppföljning)
- ▶ Inrapportering resultat till Kolada, KKiK 2023 (Kommunens kvalitet i korthet)
- ▶ Måluppföljning tom oktober genom värdering av målprognos jmf delårsrapport (i samband med ekonomisk uppföljning)
- ▶ Framtagande av verksamhetsplanen
- ▶ Deadline antagande verksamhetsplan med nedbrytning av KF-mål, nämndmål och nämndens styrning i övrigt samt inläggning i Stratsys
- ▶ Översyn delegationsordningen för ev. uppdatering

För varje rutin finns en utsedd ansvarig person, det kan vara utvecklingsstrateger eller chefer på olika nivåer. Ansvarig person varierar beroende på rutinens innehåll. Vidare finns ett datum för när rutinen senast uppdaterades. Intervjuade beskriver att fastställda rutiner uppdateras regelbundet. Rutinerna är samlade i två olika system där manuell uppdatering krävs i båda systemen. Det ena systemet finns centralt med tillgång via datorer och det andra är ett system som hemtjänstmedarbetare har i telefonen. Den som är ansvarig för en rutin ska informera medarbetare om när och om rutinen uppdaterats. Detta kan ske via mejl eller muntlig information. Intervjuade ger en delad bild avseende om rutinerna är tillräckliga samt huruvida de är lättillgängliga. Vissa intervjuade upplever att det finns rutiner och riktlinjer för de områden där behov finns och att dessa är tillgängliga för medarbetarna. Andra intervjuade upplever att det saknas rutiner för centrala processer samt att det är svårt att hitta rutinerna.

Inom kommunens hemtjänst har det inte skett någon processkartläggning varvid processkartor eller liknande saknas.

2.2 Det saknas dokumentation av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete

Genom den information som erhållits genom granskning av dokumentation och genomförande av intervjuer med nyckelpersoner noterar vi att det saknas en samlad beskrivning av vad som inkluderas i nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vidare finns ingen dokumenterad eller fastslagen definition av vad kvalitet innebär inom hemtjänsten. I granskningen av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete har vi utgått från *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* samt *Socialstyrelsen Handbok*

³ Verksamhetssystem för kvalitetsledning

för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vi har efterfrågat underlag som beskriver och kopplas till ledningssystemet. Vi noterar nedanstående brister i vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utifrån aktuella revisionskriterier.

- ▶ Det saknas tydlig dokumentation av arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Kravet på dokumentation omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Det innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Det innebär även att arbetet med att planera och utföra riskanalyser, egenkontroller och hantera klagomål, synpunkter och rapporter ska dokumenteras liksom vilka förbättrande åtgärder som framkomna avvikelser har gett upphov till. Det kan dels vara fråga om dokumentation av planeringen av de olika aktiviteterna, dels fråga om dokumentation av framkomna resultat och hur dessa har hanterats (SOSFS 2011:9 7 kap. 1 §).
- ▶ Det saknas tydlig dokumentation avseende hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten (SOSFS 2011:9 3 kap. 3 §).

Den första punkten kopplas till Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 2011:9 till 7 kap. 1 §. Socialstyrelsen skriver att den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) bör med dokumentationen som utgångspunkt årligen upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Vård- och omsorgsnämnden saknar kvalitetsberättelse eller motsvarande dokument.

2.3 Introduktionsutbildningen fungerar som en kvalitetssäkrare för användandet av rutiner och riktlinjer

En aspekt för att skapa kvalitet i verksamheten är att säkerställa att det finns tillräckligt med personal samt att personalen har rätt kompetens. Inom hemtjänsten får samtlig personal, såväl tillsvidareanställda som timanställda vikarier, genomgå en introduktionsutbildning vid påbörjad anställning i Oxelösunds kommun. Introduktionsutbildningen består bland annat av genomgång av rutiner och riktlinjer. Vidare utses en introduktionsansvarig.

Bemanningsenheten har tagit fram en gemensam bemanningshandbok inom äldreomsorgsförvaltningen. Handboken uppges vara beslutad. Den version vi har fått del av är dock inte fullständig utan innehåller färgmarkeringar och saknar information om när och av vem den är fastställd. Bemanningshandbokens syfte är att skapa förutsättningar för att bedriva en aktuell, kvalitativ och personcentrerad omvårdnad genom att bemanna verksamheten smart med rätt kompetens och behovsstyrd planering över tid. I samband med införandet av bemanningshandboken främjar äldreomsorgen i kommunen heltid som norm. I bemanningshandboken står det att arbetet kräver mer samarbete mellan äldreomsorgsförvaltningens enheter (se bild i kapitel 2) i syfte att säkra att gemensamma resurser används effektivt. Av intervjuer framgår att samverkan mellan hemtjänsten och bemanningsenheten inte fungerar optimalt. Det upplevs finnas motsättningar i hur arbetet med heltid som norm ska införas. Det uppges pågå samtal mellan enheterna i syfte att skapa ett mer effektivt arbete, men att detta inte varit fruktsamt. Det finns planer för framtida samtal.

I bemanningshandboken anges att ansvarig enhetschef tillsammans med medarbetare gör regelbundna uppföljningar efter varje avslutad schemaperiod. Detta ska vara ett sätt för verksamheten att lära sig av erfarenheter, i syfte att förbättras och utvecklas över tid. Uppföljningarna rör myndighetsbeslut, genomförandeplaner, utförd tid i förhållande till planerad tid, ekonomi i förhållande till tillgängliga resurser samt schemaadministration.

Det gemensamma målet för all uppföljning är att arbeta med anpassningar, justeringar samt utrymmet för förbättringsområden inför nästkommande schemaperiod. Rutinen för uppföljning uppges dock inte vara fullt ut implementerad ännu.

2.4 Vår bedömning - ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas

Socialstyrelsen beskriver att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Utifrån våra beskrivna iakttagelser bedömer vi att vård- och omsorgsnämnden inte säkerställt att det finns ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd. Vi bedömer att det är en väsentlig brist att det saknas tydlig dokumentation av arbetet och särskilt att det saknas en kvalitetsberättelse (eller motsvarande). Den årsplan som finns fokuserar främst på uppföljning av verksamhetens ekonomi. Genom en kvalitetsberättelse kan det tydliggöras hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts. Då detta saknas idag samt att det saknas annan likvärdig beskrivning av arbetet har vi i denna granskning inte fått en tydlig bild över vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Vidare bedömer vi att det finns centrala processer och rutiner som är identifierade, dokumenterade och fastställda. Vi bedömer dock att det finns utvecklingsmöjligheter vad avser att tillgängliggöra befintliga rutiner för personalen. Bedömningen baseras på att vissa intervjuade upplever att rutiner och riktlinjer är svåra att hitta. Rutinerna är även uppdelade på två olika ställen där det krävs manuell hantering. Vi ser positivt på att introduktionsutbildningen för tillsvidareanställda såväl som för timanställda vikarier innehåller genomgång av aktuella rutiner.

Vi ser positivt på framtagandet av en bemanningshandbok och bedömer att efterlevandet av handboken kan öka kvalitén i hemtjänsten. Det är av vikt att bemanningshandboken fastställs och att innehållet implementeras.

3. Uppföljning av kvalitet i hemtjänsten och systematiskt förbättringsarbete

I detta kapitel redogörs för våra bedömningar och iakttagelser kopplat till revisionsfrågorna nedan:

- ▶ Har nämnden säkerställt att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete där brukarnas och anställdas synpunkter omhändertas samt Lex-Sarah anmälningar omhändertas?
- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet?

3.1 Kvalitetsuppföljning sker genom vård- och omsorgsnämndens ordinarie uppföljningsmoment

Verksamheten följs upp genom de av kommunen beslutade uppföljningsprocesserna. Detta innefattar tertialrapporter, årsredovisning och uppföljning av internkontrollplan. Uppföljningen sker genom verksamhetssystemet Statsys. I den andra tertialrapporten 2023 anges att underliggande mål som tillhör "Trygg och värdig ålderdom" bedöms nå

resultatnivån god måloppfyllelse vilket är en förbättring jämfört med resultatet 2022. Det framgår dock att det saknas uppmätt resultat på de tre nämndmål som avser kvalitet i hemtjänsten, detta eftersom det ska rapporteras vid årets slut.

I tabellen nedan redogörs för de kontrollmoment som ingått i internkontrollplanen 2023 samt uppföljningen av dessa i november 2023.

Kontrollmoment internkontrollplan 2023	Uppföljning av kontrollmoment per 2023-11-10
Att genomförandeplaner för brukare inom hemtjänst och särskilt boende är korrekta (stickprov två gånger per år).	Samtliga genomförandeplaner var korrekta till sitt innehåll.
Att beslutad insats och utförd insats om hjälp i hemmet överensstämmer (stickprov två gånger per år).	Det noterades avvikelser i fem av fem granskade ärenden. Avvikelserna visade sig sedan bero på att brukaren tackat nej till erbjuden insats av olika anledningar.
Att rutin för avvikelser är känd för personal och används korrekt (Uppföljning med medarbetare)	Information om rutinen för avvikelser gavs vid APT i september månad för samtliga verksamheter.

Av protokollgranskning av vård- och omsorgsnämndens protokoll 2023 framgår att nämnden vid ett tillfälle tagit del av muntlig information som avser kvalitetsnyckeltal. Enligt intervjuade avsåg informationspunkten ett diskussionstillfälle gällande vilka nyckeltal som kan tillämpas för att mäta kvalitet, men inget beslut fattades. Det finns ingen övrig specifik uppföljning som omfattar kvalitet.

I verksamheten sker kontinuerlig uppföljning genom ledningsgruppsmöten varannan vecka. Under ledningsgruppsmötena finns möjlighet att delge information och arbeta gemensamt med utmaningar. Informationsdelningen avser både det interna arbetet och extern information från exempelvis nätverksträffar. Vidare kan utmaningar lyftas upp och diskuteras under ledningsgruppsmötena, till exempel bemanningsfrågor.

3.2 Det finns rutiner för avvikelshantering

Inom vård- och omsorgsnämnden finns framtagna rutiner för avvikelshantering och hantering av Lex-Sarah anmälningar. Rutinen för avvikelshantering syftar till att säkerställa att avvikelser rapporteras och hanteras korrekt i verksamhetssystemet Treserva. Rutinen beskriver ansvarsfördelning utifrån olika roller, avvikelshandlingens olika steg samt hur den avvikelshandlingen ska användas i förbättringsarbete. Rutinen för Lex-Sarah anmälningar innehåller även en ansvarsfördelning utifrån olika roller, processens olika steg samt hur det ska användas i utvecklande syfte. Medarbetare får information om rutinerna i samband med introduktionen samt vid APT. Intervjuade upplever att rutinerna är kända i verksamheten. Återföring av resultaten efter utredningar av avvikelser eller Lex-Sarah anmälningar sker muntligt på APT.

Förvaltningschefen meddelar nämnden om eventuellt inkomna avvikelser eller Lex Sarah-anmälningar vid respektive nämndsammanträde. Förutom att nämnden informeras om inkomna avvikelser och anmälningar sker ingen samlad analys av inkomna ärenden. Respektive avvikelse eller Lex Sarah-anmälan ska således hanteras separat för verksamhetsutveckling.

3.3 Brukares synpunkter samlas främst in via Socialstyrelsens enkäter

Inom Oxelösunds kommuns samtliga verksamheter används systemet *Säg vad du tycker* för hantering av synpunkter från kommunens invånare och övriga intressenter. *Säg vad du tycker* är ett arbetssätt för att systematiskt hantera synpunkter på kommunens olika verksamheter. Intervjuade uppger dock att det kommer in få synpunkter genom detta system och vid tidpunkten för granskningen har det inte inkommit någon synpunkt avseende hemtjänsten.

Brukarnas synpunkter samlas in genom Socialstyrelsens årliga brukarundersökningar. Resultatet diskuteras i ledningsgruppen och ska även presenteras för vård- och omsorgsnämnden. Intervjuade beskriver att de för närvarande håller på att diskutera resultatet av årets brukarundersökning. Vi har efterfrågat resultatet från den senaste mätningen men inte fått del av det.

Vidare planerar hemtjänstenheterna att ta fram åtgärdsplaner utifrån resultatet för respektive enhet. Det är inte fastställt hur åtgärdsplanen ska se ut eller när den ska vara klar. Intervjuade är osäkra på om det tidigare har funnits åtgärdsplaner utifrån Socialstyrelsens brukarundersökningar.

3.4 Medarbetares synpunkter samlas in via medarbetarenkäter

Synpunkter från medarbetare samlas i huvudsak in genom medarbetarundersökningarna. Resultatet från medarbetarundersökningarna diskuteras bland annat på APT. Av intervjuer framgår att svarsfrekvensen har varit låg samt att det finns indikatorer på att medarbetare inte fullt ut förstått frågorna. Detta har framkommit då frågorna diskuterats i grupp. Vi har efterfrågat resultatet från den senaste mätningen men inte fått del av det.

3.5 Vår bedömning - uppföljningen av hemtjänsten och förbättringsarbetet behöver systematiseras

Vi bedömer att vård- och omsorgsnämnden inte säkerställt ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete avseende synpunkter och avvikelser. Vi bedömer även att det saknas tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet. Detta är en brist. Bedömningen baseras bland annat på att vård- och omsorgsnämndens uppföljning i stort är begränsad till uppföljning av verksamhetens mål- och budgetprocess och internkontrollplanen. Det finns ingen särskild uppföljning avseende kvalitet. Vi ser positivt på vissa av de parametrar som följs upp men bedömer att detta inte är tillräckligt för att följa kvaliteten i verksamheten. Vi noterar även det sker en bedömning av att målen förväntas uppnås i slutet av året men att det saknas resultat som denna bedömning vilar på. Vi vill återigen lyfta fram behovet av en kvalitetsberättelse, då en sådan kan möjliggöra en systematisk uppföljning av kvalitén.

Vidare baserar vi bedömningen på att det saknas tillräcklig sammanställning och analys av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter i enlighet med SOSFS 2011:9 5 kap. 6 §. Det finns planer på att ta fram en åtgärdsplan utifrån resultatet av Socialstyrelsens brukarundersökning, men vi kan inte se att detta gjorts tidigare eller att det sker sammanställning av andra, liknande, moment. Socialstyrelsen skriver att den som bedriver socialtjänst ska sammanställa och analysera information i syfte att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Att enbart utreda enskilda rapporter, klagomål eller synpunkter på verksamhetens kvalitet kan leda till att problem som finns med verksamhetens styrning inte uppmärksammas fullt ut. Genom att analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter samlat kan även mönster och trender som inte framkommit i utredningen av ett enskilt fall upptäckas.

Socialstyrelsen beskriver vidare att det systematiska förbättringsarbetet kan bestå av riskanalyser, egenkontroll, utredning av rapporter, klagomål och synpunkter, förbättrande åtgärder samt förbättring av processer och rutiner. Vi bedömer att vård- och omsorgsnämnden uppfyller delar av detta, så som egenkontroller i form av kontroller i samband med internkontrollplanen. Vi ser dock att arbetet med riskanalyser kopplat till verksamheten i stort samt utredning av rapporter, klagomål och synpunkter kan utvecklas. Det sker riskanalyser kopplat till arbetsmiljö, vilket är positivt, men det kan utvecklas med riskanalyser kopplat till processövergripande hantering. Det är positivt att det finns tydliga rutiner för hantering av avvikelser samt av Lex-Sarah-anmälningar men det finns utvecklingsbehov av sammanställd analys i syfte att identifiera mönster och trender.

4. Samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården

I detta kapitel redogörs för våra bedömningar och iakttagelser kopplat till revisionsfrågan nedan:

- ▶ Har nämnden säkerställt en tillräcklig samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården?

4.1 Samverkan upplevs fungera bra mellan hemtjänsten och hemsjukvården

Vi noterar att det inte finns några dokumenterade rutiner, riktlinjer eller andra styrande dokument så som överenskommelser avseende samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvården. Intervjuade upplever dock att samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård är god. Det sker kontinuerliga möten mellan parterna där både brukarens situation och det strukturella arbetet diskuteras. Det finns en upplevd god kontakt mellan personal.

4.2 Vår bedömning - det finns en tillräcklig samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården

Vi ser positivt på att det finns en upplevd god samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården. Det sker kontinuerliga möten som inkluderar både det enskilda brukarperspektivet och det mer övergripande arbetssättet. Vi har i denna granskning inte identifierat att det finns tydliga brister i samverkan. Vi noterar dock att det saknas rutiner, riktlinjer eller överenskommelser avseende samverkan. Genom att utveckla gemensamma styrdokument skulle samverkan kunna utvecklas ytterligare. Vi vill dock betona att arbetet med styrdokument inte bör vara i sådan omfattning att det i stället för att öka kvaliteten i verksamheten tynger den med för mycket administrativa uppgifter.

Det saknas centrala och övergripande uppföljningar av samverkan. Genom att följa upp samverkan kan utvecklingsmöjligheter identifieras och åtgärdas.

5. Kortfattade svar på revisionsfrågor

Revisionsfrågor	Svar
Har nämnden säkerställt att det finns ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?	Nej. Vi bedömer att det saknas flera delar i hemtjänstens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete såsom det rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd. Det saknas bland annat en kvalitetsberättelse eller liknande som beskriver vad som gjorts under året, vad som planeras att göras samt resultatet av det som gjorts.
Har nämnden säkerställt att centrala processer och rutiner är identifierade, dokumenterade och fastställda?	Delvis. Det finns dokumenterade rutiner och riktlinjer, men det finns delade meningar kring om rutinerna är tillräckliga och lättillgängliga för personalen. Det finns ingen dokumenterad kartläggning av centrala processer. Rutinerna är uppdelade i olika system som kräver manuell hantering.
Hur säkerställs att personalen har tillräcklig kompetens om processer och rutiner?	Vid nyanställningar informeras personal om centrala rutiner och riktlinjer inom hemtjänsten. Vidare informerar den ansvariga för rutinen då dessa har uppdaterats. Information kan även förmedlas på arbetsplatsträffar.
Har nämnden säkerställt att det bedrivs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete där brukarnas och anställdas synpunkter omhändertas samt Lex-Sarah-anmälningar omhändertas?	Nej. Det finns rutiner för avvikelshantering och Lex Sarah-anmälningar. Rutinerna innefattar ansvarsfördelning samt processbeskrivning. Det saknas dock sammanställning av inkomna avvikelser och synpunkter. Vi bedömer att det tyder på att arbetet inte fullt ut har systematiserats. Detta behöver utvecklas. Brukares synpunkter samlas in genom Socialstyrelsens årliga brukarundersökningar. Hemtjänstsenheterna planerar att ta fram åtgärdsplaner utifrån resultatet av Socialstyrelsens årliga brukarundersökning. Anställdas synpunkter hanteras genom medarbetarundersökningar.
Har nämnden säkerställt en tillräcklig samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården?	Ja. Det finns en upplevd god samverkan mellan hemtjänsten och hemsjukvården. Det sker kontinuerliga möten som inkluderar både det enskilda brukarperspektivet och det mer övergripande arbetssättet. Det saknas dock rutiner och riktlinjer för samverkan.
Har nämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet?	Nej. Det saknas särskild uppföljning av hemtjänstverksamhetens kvalitet. Det sker enbart uppföljning utifrån vård- och omsorgsnämndens mål och budget samt internkontrollplan. Vi bedömer inte att detta utgör en tillräcklig uppföljning av kvalitén.

Oxelösunds kommun 2024-01-15

Josefine Algotsson
Verksamhetsrevisor, EY

Lina Hedlund
Verksamhetsrevisor, EY

Bilaga 1 - Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna för denna granskning utgörs nedanstående.

Förvaltningslagen (2017:900)

Förvaltningslagen reglerar handläggningen av ärenden när kommunen har rätt att ensidigt besluta om förmån eller skyldighet för den enskilde, även kallat myndighetsutövning. Myndigheten ska vara tillgänglig för kontakter med enskilda och inom sitt verksamhetsområde samverka. Ärendet ska handläggas sakligt och opartiskt och myndigheten ska hjälpa den enskilde att ta vara på sina intressen.

Kommunallagen (2017:725)

Det är enligt 6 kap. 6 § ska nämnderna säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Nämnderna ska även se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt.

Socialtjänstlagen (2001:453)

I 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (SoL) fastställs att insatser ska vara av god kvalitet samt att kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För utförande av insatserna ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

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

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den som bedriver socialtjänst ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra kvalitet och det ska framgå vilka processer som kräver samverkan och hur detta ska ske. Föreskrifterna anger också att ett systematiskt förbättringsarbete med riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser ska säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt. Kvalitetsarbetet ska dokumenteras och bör sammanställas i en årlig kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med ett systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitén har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah

Bestämmelser om lex Sarah återfinns i SoL⁴ och LSS⁵. I socialtjänstens föreskrifter och allmänna råd framgår att den som är anställd, uppdragstagare, praktikant eller deltagare i arbetsmarknadspolitiskt program är skyldig att rapportera om missförhållanden och risker för missförhållanden. Information om skyldigheten att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden ska ges till den som omfattas av skyldigheten när han eller hon påbörjar en anställning, ett uppdrag, en praktikperiod eller liknande. Informationen ska därefter ges återkommande.

⁴ 14 kap. 2-7 §§ och 7 kap. 6 § SOL

⁵ 24b-24 g §§ och 23 e §§ LSS

Bilaga 2 - Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Biträdande enhetschef hemtjänst Björntorp
- ▶ Biträdande enhetschef hemtjänst Innerstaden
- ▶ Enhetschef bemanningsenheten
- ▶ Enhetschef hemtjänst Björntorp
- ▶ Enhetschef hemtjänst Innerstaden
- ▶ Förvaltningschef Vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens presidium

Dokument

- ▶ Årshjul 2023 Social- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Bemanningshandbok Oxelösund (utkast)
- ▶ Checklista för säkerhet Björntorp
- ▶ Delegationsordning vård- och omsorgsnämnden 2023
- ▶ Handlingsplan 2023 Björntorp respektive Innerstaden
- ▶ Internkontrollplan vård- och omsorgsnämnden 2023
- ▶ Introduktion vid nyanställning
- ▶ Plan för kompetensförsörjning Social- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Rutin för "säg vad du tycker"
- ▶ Rutin för åtgärder vid fall
- ▶ Rutin för avvikelshantering
- ▶ Rutin för delegering till omvårdnadspersonal
- ▶ Rutin för inskolning av sjuksköterskor
- ▶ Rutin för läkemedelshantering
- ▶ Rutin för Lex-Sarah anmälningar
- ▶ Tertialrapport 2 2023 vård- och omsorgsnämnden
- ▶ Uppföljning av interkontrollplan vård- och omsorgsnämnden maj och november 2023
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens sammanträdesprotokoll 2023-01-01 - 2023-12-13
- ▶ Verksamhetsplan 2023 vård- och omsorgsnämnden