

Granskning av samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten

Anders Törnqvist

Charlotte Erdtman



Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Inledning	4
Bakgrund.....	4
Syfte och revisionsfrågor.....	4
Revisionskriterier.....	4
Avgränsning och metod.....	5
laktagelser och bedömningar	6
Allmänt om systematiskt kvalitetsarbete	6
Mål, styrning och organisation.....	6
Uppnådd kvalitet	8
Sker en samlad värdering och analys av kvalitetsrisker inom hemtjänstverksamheten?	11
laktagelser	11
Riskanalys, egenkontroll samt avvikelse- och synpunktshantering.....	12
Bedömning.....	14
Finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys?.....	14
Finns det ett tydligt mål och syfte med hur resultaten från egenutvärdering/ självskattning används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten?.....	14
laktagelser	14
Bedömning.....	16
Kompletteras övergripande uppföljningar i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker med stickprov och kontroll av verksamheten?	17
laktagelser	17
Bedömning.....	17
Revisionell bedömning	18
Rekommendationer	19

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Botkyrka kommuns revisorer genomfört en granskning av hur Vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Granskningens syfte har varit att bedöma om Vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Följande revisionsfrågor har besvarats av granskningen och ligger till grund för den samlade bedömningen

Revisionsfrågor:

1. Sker en samlad värdering och analys av kvalitetsrisker inom hemtjänstverksamheten?
2. Finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys?
3. Finns det ett tydligt mål och syfte med hur resultaten från egenutvärdering/-självskattning används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten?
4. Kompletteras övergripande uppföljningar i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker med stickprov och kontroll av verksamheten?

Under granskningen har intervjuer genomförts med omsorgsdirektör, kvalitetschef, myndighetschef, verksamhetschef för hemtjänsten, samt tre enhetschefer inom hemtjänsten. Intervjuerna genomfördes som gruppintervjuer via videolänk. Genomgång har gjorts av styrande och stödjande dokument inom området.

Sammanfattningsvis visar granskningen enligt vår bedömning att Vård- och omsorgsnämnden **delvis** säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Bedömningen baseras på att

- rutiner och strukturer för riskanalyser, egenkontroll och avvikelshantering har utvecklats och förbättrats under det senaste året men att det fortfarande finns konstaterade brister som bland annat uttrycks i uppföljningen av internkontrollplanen för år 2019. I kommande uppföljning av internkontrollplanen för år 2020 kommer resultatet av genomförda förändringar att kunna verifieras.
- kopplingen mellan riskområden och kontrollaktiviteter är tydlig samt att kontrollaktiviteter genomförs och följs upp. Det framgår däremot inte helt tydligt hur resultaten används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten. Vi noterar också att det trots kontrollaktiviteter och uppföljning, enligt brukarundersökningarna är brister i upplevd kvalitet.

- stickprovsmässiga kontroller enligt uppgift görs som baseras på uppmärksammade brister. Kontrollerna görs både oanmälda och föranmälda. I den nya uppföljningsmodellen nämns dock inget om stickprovsmässiga kontroller.

Inledning

Bakgrund

Revisorerna har i sin risk- och väsentlighetsanalys diskuterat och värderat vilka risker som finns kopplat till Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsarbete inom äldreomsorgen med fokus på hemtjänsten. En granskning har även genomförts inom området som gett vägledning inför föreslagen granskningsinsats.

Det huvudsakliga riskområdet som uppmärksammas ur flera aspekter är samordning, värdering samt stöd och prioritering i efterföljande arbete med att säkra och utveckla kvaliteten inom äldreomsorgen/hemtjänsten. Avsaknaden av, alternativt brister kopplat till, ovan nämnda hantering riskerar leda till att nämnden inte på ett tillfredsställande sätt kan säkra, följa och reagera på signaler om kvalitetsbrister i verksamheten.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om Vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Revisionsfrågor:

1. Sker en samlad värdering och analys av kvalitetsrisker inom hemtjänstverksamheten?
2. Finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys?
3. Finns det ett tydligt mål och syfte med hur resultaten från egenutvärdering/-självskattning används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten?
4. Kompletteras övergripande uppföljningar i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker med stickprov och kontroll av verksamheten?

Revisionskriterier

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som revisorerna utgår ifrån vid analys och bedömningar. Följande revisionskriterier ligger till grund för granskningen:

- Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem 2011:9
- Nämndens policys och mål inom området

Avgränsning och metod

Genomgång har gjorts av dokument såsom bland annat budget och verksamhetsplan, verksamhetsberättelser, årsredovisning samt delårsrapport, patientsäkerhetsberättelse och patientsäkerhetsplan, kvalitetsredovisning, internkontrollplan och kompetensförsörjningsplan.

Intervjuer har genomförts med omsorgsdirektör, kvalitetschef, myndighetschef, verksamhetschef för hemtjänsten, samt tre enhetschefer inom hemtjänsten. Intervjuerna genomfördes som gruppintervjuer via videolänk. De intervjuade har tagit del av ett utkast till rapporten.

Iakttagelser och bedömningar

Allmänt om systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft den 1 januari 2012. Föreskrifter är tvingande medan allmänna råd är rekommendationer. Föreskrifterna är gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Föreskrifterna och allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas och anger att det är den som bedriver äldreomsorg som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer. Det skall användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Mål, styrning och organisation

Botkyrka kommun har under ett antal år arbetat med att införa ett processorienterat arbetssätt för att säkra kvaliteten i grunduppdragen. Grunduppdragen är fastställda i lagar, förordningar och riktlinjer samt i nämndernas reglementen. För att säkerställa kvaliteten i grunduppdraget och för att kunna uppnå sina mål följer verksamheterna ett antal verksamhets- och resultatmål.

I kommunen består modellen för målstyrning av sju målområden - sex medborgarprocesser samt processen för en effektiv organisation, det vill säga kommunens processer för styrning, ledning och stöd.

Botkyrka kommuns målområden:

1. Möjliggöra Botkyrkabornas medskapande av samhället
2. Möjliggöra Botkyrkabornas behov av livslångt lärande
3. Möjliggöra arbete och företagande för Botkyrkaborna
4. Möta Botkyrkabornas behov av stöd för att leva ett självständigt liv
5. Möta Botkyrkabornas behov av gemenskap, rörelse och ett rikt kulturliv
6. Skapa en god och trygg livsmiljö för Botkyrkaborna
7. Effektiv organisation






År 2019 antog kommunfullmäktige för perioden 2019–2023 även 14 utvecklingsmål för kommunens nämnder och kommunstyrelsen samt 42 målsatta mått för att följa upp utvecklingen av de 14 målen. Dessutom har kommunstyrelsen och varje nämnd antagit egna mål och målsatta mått för sina förvaltningar och enheter.

I Botkyrka kommun är det Vård- och omsorgsnämnden som ansvarar för hemtjänsten. Övergripande ansvarar Vård- och omsorgsnämnden för att ge stöd och service till äldre och personer med funktionsnedsättning. Stödet och servicen ges enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Vård- och omsorgsnämndens förvaltning – vård- och omsorgsförvaltningen - ansvarar för den kommunala hälso- och sjukvården, äldreomsorg samt för omsorg om personer med funktionsnedsättning med undantag för daglig verksamhet.

I verksamhetsberättelsen för år 2019 anges att nämnden bedömer att sex av kommunens målområden berör Vård- och omsorgsnämndens arbete.

Tabell 1, Nämndens egna bedömning av måluppfyllelse 2019

	Bedömning
Målområde: Möjliggöra Botkyrkabornas medskapande av samhället	
Nämndmål: Botkyrkaborna upplever att de kan påverka kommunala frågor som intresserar dem (KF)	
Antal målsatta mått	9
Målområde: Möjliggöra Botkyrkabornas livslånga lärande	
Nämndmål: Botkyrkaborna har goda förutsättningar för livslångt lärande som stärker egenmakten och skapar jämlika livschanser (KF)	
Antal målsatta mått	1
Målområde: Möta Botkyrkabornas behov av stöd för att leva ett självständigt liv	
Nämndmål: Botkyrkas medborgare i behov av vård och omsorg är nöjda med det stöd som de får	
Antal målsatta mått	8
Nämndmål: Vård- och omsorgsnämnden ger en verksamhet som är rättssäker och har god kvalitet	
Antal målsatta mått	4
Målområde: Möta Botkyrkabornas behov av gemenskap, rörelse och ett rikt kulturliv	
Nämndens mål: Botkyrkabor har mer jämlikt och ökande deltagande i aktiviteter och sammanhang som bidrar till hälsa, en meningsfull fritid och ett aktivt socialt liv (KF)	
Antal målsatta mått	4
Nämndens mål: Botkyrkaborna med stöd av vård- och omsorgsnämnden har god hälsa med minskade skillnader	
Antal målsatta mått	2

Målområde: Skapa en god och trygg livsmiljö för Botkyrkaborna	
Nämndens mål: Botkyrkabor med behov av särskilt boende ska erbjudas plats i Botkyrka	
Antal målsatta mått	3
Målområde: Effektiv organisation	
Nämndens mål: Vård- och omsorgsnämndens medarbetare har rätt kompetens på rätt plats och i rätt tid för verksamhetens behov	
Antal målsatta mått	7
Nämndens mål: Den kommunala organisationen är klimatneutral	
Antal målsatta mått	2

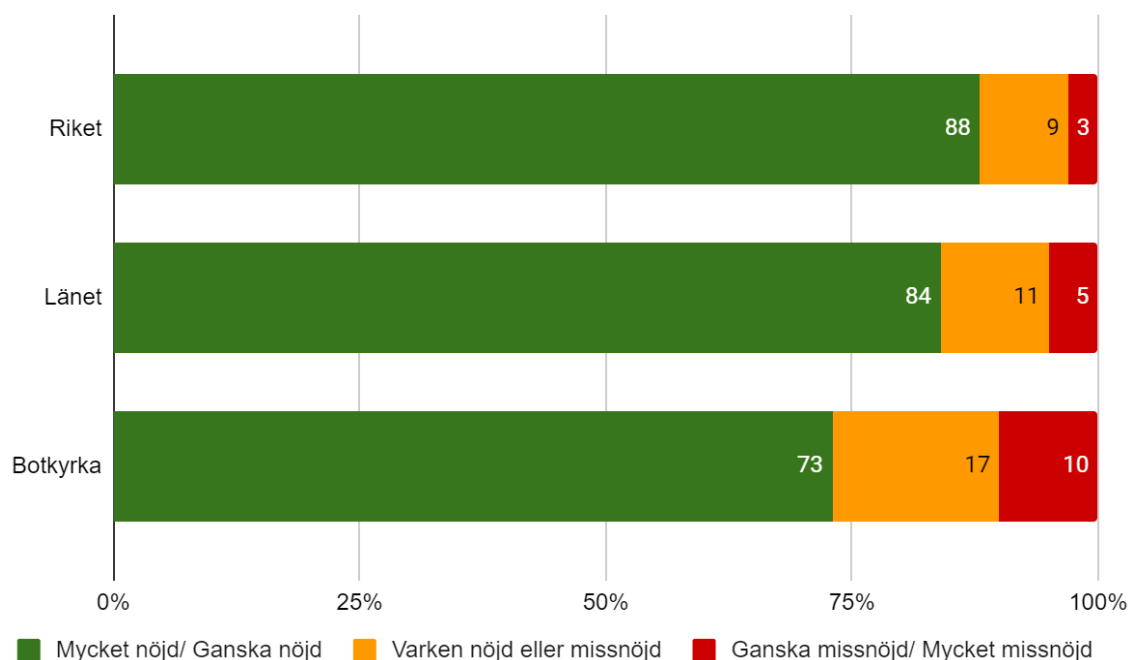
Noteras kan att de mål som bedöms vara uppfyllda är mål inom övergripande områden och ej de mål som mera tydligt är kopplade till kärnverksamheten vård och omsorg.

I kommunens årsredovisning framhålls att det under år 2019 har gjorts två satsningar som speciellt berör kommunens hemtjänst. Kommunfullmäktige fattade i maj beslut om att upphandla externa utförare av hemtjänst utifrån Lagen om offentlig upphandling, LOU. Beslutet innebär att 20 procent av hemtjänsten ska upphandlas externt från år 2021 och att andelen successivt under fyra år ska öka till 50 procent. Därutöver inledde kommunen ett pilotprojekt för att införa trygghetskamera och digital nyckelhantering i hemtjänsten. Dessa satsningar inom digitalisering har som mål att säkra brukarnas behov av trygghet, samt att omfördela resurser inom hemtjänsten.

Uppnådd kvalitet

Socialstyrelsen genomför varje år en enkätundersökning kring vad de äldre tycker om äldreomsorgen. År 2019 besvarade 452 brukare inom hemtjänsten i Botkyrka kommun enkäten vilket motsvarar 61 procents svarsfrekvens. Svarsfrekvensen ligger i linje med länet och riket. Nedan följer några resultat från undersökningen. Generellt kan konstateras att resultaten för Botkyrka kommun som helhet faller ut något sämre jämfört med länet som helhet och riket.

Figur 1, Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har? (andel)

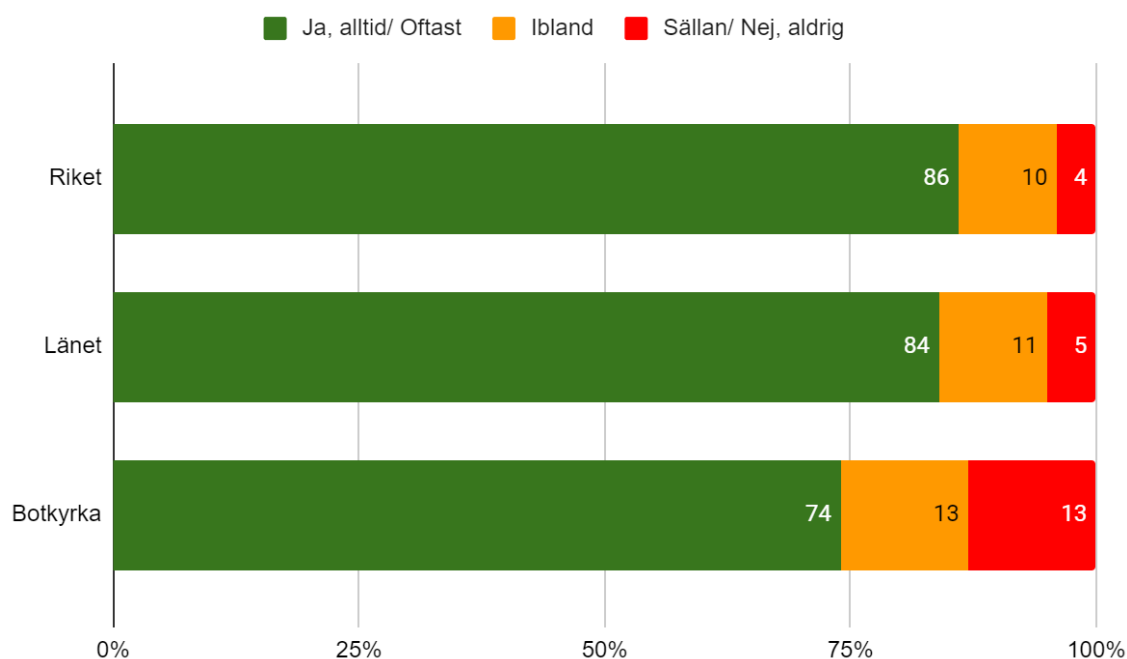


Denna fråga finns även angiven som målsatt mått under nämndens mål om att *Botkyrkas medborgare i behov av vård och omsorg är nöjda med det stöd de får*. Målet för andelen som är mycket nöjda/ganska nöjda med stödet inom hemtjänsten var år 2019 82 procent, utfallet blev 73 procent. I årsredovisningen för år 2019 anges att resultatet är en försämring jämfört med föregående år, trots att samtliga verksamheter med låga eller försämrade resultat tagit fram handlingsplaner för hur verksamheten ska förbättras. Utfallet är detsamma för kvinnor som för män. Procentandelen nöjda varierar mellan 60 procent till 92 procent mellan kommunens hemtjänstenheter vilket tyder på stora lokala skillnader inom kommunen.

Nämnden har även ett mål rörande självbestämmande - *Botkyrkaborna upplever att de kan påverka kommunala frågor som intresserar dem*. Som mått för detta mål har nämnden bl.a. andelen personer inom hemtjänsten som är nöjda med självbestämmandet. Målet för året var 73 procent och utfallet blev 74 procent. I jämförelse med länet och riket är det dock en mindre andel som är nöjda i Botkyrka.

Nedanstående fråga finns i Socialstyrelsens undersökning för år 2019. Svaren visar även här på lokala skillnader mellan enheterna på mellan 58 procent och 90 procent nöjdhet.

Figur 2, *Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen skall utföras?*



I verksamhetsberättelsen för år 2019 anges att nämnden under året speciellt valde att följa områdena självbestämmande och sammantagen nöjdhet inom åtta olika verksamheter. Hälften av de mål som nämnden satte upp för de målsatta måtten uppnåddes.

Vi noterar att det finns målsatta mått som har en negativ trend trots att speciella insatser har genomförts inom området. Inom nämndens mål - *Vård- och omsorgsnämnden ger en verksamhet som är rättssäker och har god kvalitet* - visar det målsatta måttet om kontinuitet i hemtjänsten att antal olika personer som brukare träffar under en vecka har ökat. Målet för året var 13,0 personer, utfallet blev 16,0 personer. Utfallet 2018 var 14,0 personer. Utfallet blev sämre trots att hemtjänsten år 2018 omorganiserades till mindre grupper för att öka kontinuiteten samt en satsning år 2017 på att fler deltidspersonal skulle erbjudas heltid. Det anges att utbildning i nya system och ökad andel dubbelbemanning har varit bidragande till att vikarier har fått tas in. Av delårsrapport 1 för år 2020 framgår att det under rådande pandemi varit en utmaning att hålla en hög personalkontinuitet inom hemtjänsten och verksamheten har under första delåret tillfälligt ökat andelen timvikarier. För att brukarna ändå ska träffa samma person ur personalen i så stor utsträckning som möjligt har strävan varit att knyta timvikarierna till speciella rutter.

I Socialstyrelsens undersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård för 2019 mäts även verksamhetens kvalitet på strukturell nivå. Bland annat visar undersökningen att andelen personer med aktuell genomförandeplan skiljer sig mellan

kommunens hemtjänstenheter mellan 51 procent till 87 procent. Undersökningen efterfrågar även aktuella rutiner för personalen att använda i olika situationer t.ex. vad personalen ska göra om en brukare inte svarar vid dörren/på ringsignal. Även här visar undersökningen att det varierar mellan enheterna.

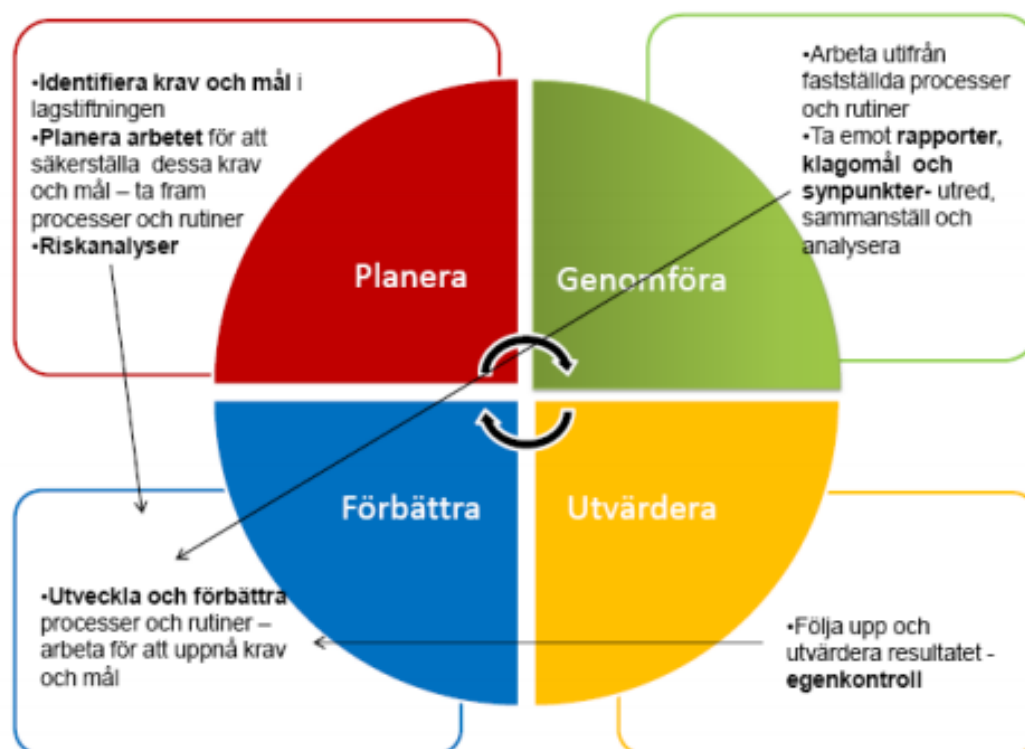
Sker en samlad värdering och analys av kvalitetsrisker inom hemtjänstverksamheten?

lakttagelser

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer och allmänna råd (SOSFS 2011:9) ska ledningssystemet anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Det ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamhet ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

Vårdgivaren kan få stöd för vilka processer och rutiner som behöver tas fram genom riskanalyser, egenkontroller och från utredningar av rapporter, klagomål och andra synpunkter på verksamhetens kvalitet. Det viktiga är att det är tydligt att processerna och rutinerna är användbara för att den som bedriver verksamheten ska kunna utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Figuren nedan illustrerar hur uppbyggnaden av ett ledningssystem kan se ut (från *Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*)

Figur 3, Uppbyggnaden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet



Bilden visar grunden i uppbyggnaden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet. De inre pilarna visar på fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna illustrerar att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma fram direkt under varje fas (planering, genomförande och utvärdering). Eftersom kvaliteten ständigt ska utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt.

I nämndens kvalitetsredovisning från 2018 anges att nämnden sedan 2012 har ett systematiskt kvalitetsarbete som är utformat i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Det beskrivs att som del i det systematiska förbättringsarbetet följs verksamheten upp och utvärderas utifrån synpunkter, avvikelser och olika kvalitetsmätningar. Det anges att en årlig sammanställning av uppföljningen av kvaliteten ska sammanställas i en kvalitetsredovisning. I granskningen framkommer att en separat kvalitetsredovisning genomfördes år 2018 för vård- och omsorgsnämndens verksamhet. Avseende år 2019 har inte en sådan kvalitetsredovisning gjorts separat, utan har inkluderats i verksamhetsberättelsen för 2019.

Riskanalyser, egenkontroll samt avvikelse- och synpunktshantering

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete för att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. I förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser för att kunna förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Även egenkontroller betonas där den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Enligt kvalitetsredovisningen genomförs årligen riskanalyser på enhetsnivå och löpande på förvaltningsnivå. Riskanalyser görs även vid planerade förändringar i verksamheten. I riskanalysen för år 2018 identifieras fyra risker, egenkontroller anges för tre av dessa samt planerade åtgärder för tre av riskerna.

Nämnden har antagit en internkontrollplan för år 2019 och år 2020 som bygger på den kommunövergripande internkontrollplanen men har inte samma kontrollområden kring kvalitet som riskanalysen för år 2018. Motsvarande riskanalys (som för 2018) finns inte dokumenterad för år 2019 eller år 2020.

På individnivå görs enligt uppgift i intervjuerna riskbedömningar i hjälpmottagarnas hem med stöd mallar och i samband med att en hjälpmottagare kommer hem från en sjukhusvistelse.

Synpunkter och klagomål från brukare och medborgare ska hanteras. Enligt kvalitetsredovisningen för år 2018 finns det en utarbetad rutin för synpunktshantering i verksamheterna. Det ska hanteras dels kammungemensamt via kommunens webb, dels via synpunktsvykort samt via en app. Värt att notera är att det i Socialstyrelsens

brukarundersökning endast är 56 procent som svarar att de vet var de ska vända sig om de vill framföra synpunkter eller klagomål på hemtjänsten.

Av Socialstyrelsens föreskrifter framgår att om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut så föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen. Därigenom uppnås en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet.

En sammanställning av inkomna synpunkter samt missförhållanden görs i kvalitetsredovisningen för år 2018. Här identifieras ett övergripande förbättringsområde för förvaltningen att föra korrekt statistik kring avvikelser och missförhållanden för att kunna möjliggöra förbättringsområden. Under år 2019 påbörjades implementeringen av ett nytt digitalt avvikelssystem och arbetet med att ta fram ett nytt arbetssätt kring utredning och analys av avvikelser inleddes.

I uppföljningen av 2019-års interkontrollplan får kontrollmomentet "*att framtagen rutin för avvikelsehantering följs*" bedömningen "*ej godtagbar*". Av motivering och kommentarer framgår det att enligt lagkraven ska avvikelserrapporter tas emot och utredas skyndsamt. Enligt vård- och omsorgsnämnden ska avvikelserrapport tas emot inom två dagar och en utredning ska vara avslutad två månader efter att rapporten togs emot. Det framgår också att det utifrån de granskningar som gjorts för året, tillsammans med statistik och utredningar, visar att för förvaltningen är följsamheten till kontrollmomentet "*ej godtagbar*". I uppföljningen framgår också att det lagkrav och den rutin som finns inte följs, vilket innebär att utredningarna är bristfälliga och tar för lång tid. Det uttrycks i uppföljningen att rutiner och lagkrav behöver tydliggöras så att förvaltningen säkerställer att chefer är medvetna om de lagkrav och rutiner som finns och hur avvikelserna ska hanteras.

Under intervjuerna framkommer att avvikelser nu hanteras mer systematiskt och att rapporterade avvikelser följs upp veckovis och återkoppling sker till verksamheterna av vidtagna åtgärder. Synen på upprättande och hanterande av avvikelser har enligt intervjuerna förändrats till att se detta som en viktig del i att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Rutinen för avvikelser är enligt intervju att avvikelser registreras och att verksamhetschefen utser utredare (enhetschef för berörd enhet) och medutredare för den enhet som berörs. Kvalitetsteamet tar över avvikelser som bedömts som allvarliga. Därefter bedömer ansvarig verksamhetschef om utredningen är tillräcklig och om de åtgärder som vidtagits/ska vidtas är tillräckliga. Avvikelser diskuteras också på ledningsmöten och arbetsplatsträffar (APT). I vilken mån dessa förbättrade arbetssätt leder till resultat kan bedömas först när uppföljningen av nästa års internkontrollplan är genomförd.

Inom kontrollområdet har ytterligare en kontrollåtgärd genomförts; "*att samtliga chefer genomgått utbildning*". Även för denna kontrollåtgärd görs bedömningen "*ej godtagbar*". Det konstateras att de genomgångar i ledningsgrupper och workshops som har erbjudits

inte har prioriterats i verksamheterna och att utöver detta så har ingen utbildning i avvikelsemodulen arrangerats och/eller efterfrågats under året.

De åtgärder som planeras utifrån kontrollerna är att tillämpa riktlinjer och rutiner samt att genomföra utbildningar, workshops och information i ledningsgrupper. En utbildningsinsats har genomförts för hemtjänsten under början av innevarande år.

I internkontrollplanen för år 2020 har risk identifierats att *"utredningar gällande avvikelser är bristfälliga och/eller tar för lång tid"*. Riskbedömningen görs för flera verksamhetsområden och omfattar således med än endast hemtjänsten. Sannolikheten bedöms som stor då tidigare kontroller uppmärksammat avvikelser och konsekvenserna bedöms som stora då *"avvikelser i verksamheten kan påverka medborgarna och deras vård- och omsorgsinsatser"*. I 2020-års plan uttrycks att kontroller ska genomföras en gång i kvartalet att framtagna rutiner för avvikelshantering följs. Vidare att ska kontroll ske (i oktober) att samtliga chefer genomgått utbildning i avvikelshantering.

Bedömning

Vi bedömer att revisionsfrågan om det *"sker en samlad värdering och analys av kvalitetsrisker inom hemtjänstverksamheten"* är **delvis uppfylld**. Vi grundar vår bedömning på att rutiner och strukturer för riskanalyser, egenkontroll och avvikelshantering har utvecklats och förbättrats under det senaste året men att det fortfarande finns konstaterade brister som bland annat uttrycks i uppföljningen av internkontrollplanen för år 2019. I kommande uppföljning av internkontrollplanen för år 2020 kommer resultatet av genomförda förändringar att kunna verifieras.

Finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys?

Finns det ett tydligt mål och syfte med hur resultaten från egenutvärdering/-självskattning används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten?

lakttagelser

Under hösten 2020 har vård- och omsorgsnämnden fastställt en uppdragsbeskrivning för den hemtjänst som bedrivs av kommunens egen regi. Bakgrunden är att kommunfullmäktige beslutat att införa ökade valmöjligheter inom hemtjänsten. Upphandlingen av externa utförare är nu klar och i januari 2021 ska de externa utförarna påbörja sin verksamhet. I upphandlingen av hemtjänst har krav ställts på den kvalitet som de externa hemtjänstutförarna ska leverera. Syftet med uppdragsbeskrivningen, som riktas till kommunens egen regi, är att säkerställa att alla hemtjänstutförare ska ha samma uppdrag oavsett regiform. Uppdragsbeskrivningen bidrar därmed även till att jämförelser och uppföljning kan göras av alla hemtjänstenheter på ett likartat sätt.

Av uppdragsbeskrivningen framgår bland annat att hemtjänsten ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och att det som en del av ledningssystemet ska finnas en sammanställning av risker, rapporter, synpunkter och

klagomål för att kunna se om det finns mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Vidare uttrycks i uppdragsbeskrivningen att hemtjänsten fortlöpande ska utföra riskanalyser för att bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

På övergripande nivå görs en bedömning av de risker som identifieras genom bland annat analys av uppgifter i Stratsys, uppföljningar från kvalitetsavdelningen och verksamheternas egenkontroller. Resultatet av detta förs därefter in i interkontrollplanen. Inom ramen för internkontrollen genomförs kontrollmoment där det som stöd finns underliggande dokument som förklarar hur underlag för kontroll ska tas fram, hur kontrollen ska genomföras, hur bedömning av resultatet ska göras samt hur resultatet ska dokumenteras och rapporteras. Resultatet av kontrollerna rapporteras till vård- och omsorgsnämnden i samband med årsredovisningen.

Enligt intervjuerna analyseras resultat från brukarundersökningen på verksamhetsnivå. Analyserna leder till aktiviteter som syftar till att förbättra resultaten. Ibland krävs dock aktiviteter och insatser, ex vis utbildning, som är svårt för en enskild enhet att genomföra.

I intervjuerna framkommer att avvikelsemodulen i Lifecare/Procapita används för att dokumentera och följa upp rapporterade avvikelser och årlig uppföljning görs i verksamhetssystemet Stratsys. Uppföljning sker enligt uppgift veckovis och återkoppling sker av vidtagna åtgärder. De samlade uppgifterna i Stratsys används som underlag för att bedöma risker i verksamheterna. Riskbedömningarna tas sedan in i internkontrollplanen. Det framkommer också att en ny uppföljningsmodell arbetats fram under våren 2020 som ska skapa en grund för en mer systematisk uppföljning av enheterna. Vård- och omsorgsnämnden beslutade i oktober 2020 att godkänna den framtagna uppföljningsmodellen. Sammanfattningsvis utgörs uppföljningsmodellen av uppföljning av strukturkvalitet, processkvalitet och resultat kvalitet vilket sammantaget ger ett helhetsresultat. Vid uppföljning av strukturkvaliteten granskas verksamhetens förutsättningar utifrån uppdragsbeskrivningar och avtal, exempelvis att kravställda rutiner finns. Uppföljning av processkvaliteten inriktas mot att granska verksamhetens prestationer och utförande. Vid uppföljning av resultat kvaliteten läggs fokus på effekterna och resultatet av det som görs. Resultaten jämförs med liknande verksamheter inom kommunen och med andra kommuner.

Uppföljningarna görs utifrån en uppföljningsmall som tagits fram specifikt för olika verksamhetsområden, exempelvis hemtjänst. Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsteam¹ ansvarar för uppföljningar enligt denna modell när det är minst fem brukare inom samma verksamhet. Är det färre än fem brukare inom samma verksamhet är det förvaltningens myndighetsfunktion som svarar för uppföljningen.

Granskningen ska göras minst vart tredje år men oftare om utföraren är nyetablerad, har en åtgärdsplan eller av annan orsak bedöms behöva följas upp oftare. Metoderna för

¹ Kvalitetsteamet tillhör enheten Kvalitet och utredning inom vård- och omsorgsförvaltningen och är ett övergripande team med oberoende ställning.

uppföljningen är granskning av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete inklusive olika planer, rutiner och dokument, intervjuer med ledning och personal samt observation av verksamheten. Vid bedömning används tre kriterier; *finns*, *finns delvis* samt *saknas*. Kriteriet *finns* räknas som godkänt och de övriga två som en avvikelse som ska kommenteras. Om avvikelser eller brister upptäcks ska dessa åtgärdas skyndsamt eller inom given tidsram, beroende på dess omfattning. Utföraren ansvarar för att ta fram en åtgärdsplan som beskriver hur bristerna ska rättas till. Ansvarig uppföljare bedömer i första steg om åtgärdsplanen är tillräcklig och följer i nästa steg upp att åtgärder vidtagits. Uppföljning av att bristerna är åtgärdade ska om möjligt ske innan slutlig bedömning av resultat fastställs. En fyrgradig skala finns från *tillfredsställande* till *allvarlig avvikelse* för hur avvikelser eller brister ska värderas och vilka åtgärder som ska vidtas beroende på hur allvarlig avvikelsen eller bristen är. Om bedömningen är att en allvarlig avvikelse finns i form av att det är stora brister i verksamheten så ska ärendet rapporteras till nämnden för beslut och kan, om verksamheten upphandlats enligt LOU², resultera i att avtalet hävs.

Den som bedriver verksamhet ska också utöva egenkontroll. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Till skillnad mot riskanalyserna, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontrollen att granskning ska göras av den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs. Egenkontrollen kan också beskrivas som en intern granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål.

I uppdragsbeskrivningen till den kommunalt drivna hemtjänsten står att det i ledningssystemet ska ingå en fortlöpande egenkontroll, det vill säga undersöka den verksamhet som bedrivs. Egenkontrollen ska utföras i den omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Bedömning

Vi bedömer att revisionsfrågorna ”*om det finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys samt om det finns ett tydligt mål och syfte med hur resultaten från egenutvärdering/-självskattning används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten*” är **delvis uppfyllda**.

Vi grundar vår bedömning på att kopplingen mellan riskområden och kontrollaktiviteter är tydlig samt att kontrollaktiviteter genomförs och följs upp. Det framgår däremot inte helt tydligt hur resultaten används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten.

Vi noterar också att det trots kontrollaktiviteter och uppföljning, enligt brukarundersökningarna är brister i upplevd kvalitet. Vi vill betona vikten av att de system som finns också leder till en förbättrad och god kvalitet för dem som är föremål för systemen.

² Lagen om offentlig upphandling

Kompletteras övergripande uppföljningar i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker med stickprov och kontroll av verksamheten?

lakttagelser

Enligt intervjuerna gör kvalitetsteamet stickprovsmässiga granskningar som baseras på uppmärksammade brister. Genomförandeplaner granskas av kvalitetsteamet vid uppföljning, stickprov kan göras via verksamhetssystemet eller på plats oavsett om besöket är förankrat. Under intervju nämns även att enhetschef kan göra kontroller av att nattpersonal inte sover. Oanmälda besök till exempel på natten kan ske vid behov även av kvalitetsteamet.

I beskrivningen av uppföljningsmodellen som antagits av nämnden finns emellertid inget nämnt om stickprovsmässiga kontroller. Där uttrycks enbart att uppföljningsbesöken ska vara förankrat.

Bedömning

Vi bedömer att revisionsfrågan om ”*övergripande uppföljningar kompletteras i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker med stickprov och kontroll av verksamheten*” är **delvis uppfylld**.




Vi grundar vår bedömning på att stickprovsmässiga kontroller enligt uppgift görs som baseras på uppmärksammade brister. Kontrollerna görs både oanmälda och förankrat. I den nya uppföljningsmodellen nämns dock inget om stickprovsmässiga kontroller.

Revisionell bedömning

Syftet med granskningen är att bedöma om Vård- och omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Efter genomförd granskning är vår samlade bedömning att Vård- och omsorgsnämnden **delvis** säkerställer en ändamålsenlig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Bedömningen baseras på nedanstående bedömning av respektive revisionsfråga:

Revisionsfrågor	Bedömning
Sker en samlad värdering och analys av kvalitetsrisker inom hemtjänstverksamheten?	Delvis uppfyllt 
Finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys? Finns det ett tydligt mål och syfte med hur resultaten från egenutvärdering/-självskattning används för värdering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten?	Delvis uppfyllt 
Kompletteras övergripande uppföljningar i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker med stickprov och kontroll av verksamheten?	Delvis uppfyllt 

Rekommendationer

- För att tydliggöra kopplingen mellan riskanalyser gjorda på enhetsnivå och vilka slutsatser som kan dras av dessa rekommenderar vi att en samlad riskanalys dokumenteras på motsvarande sätt som gjordes senast år 2018.
- Att i den nya uppföljningsmodellen tydliggöra att stickprovsmässiga kontroller ska komma att vidtas.