



# Granskning av kvalitetsuppföljning inom äldreomsorgen

Rapport

Umeå kommun

KPMG AB

2019-08-27

Antal sidor 37

Antal bilagor 2

## Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledning/bakgrund	5
2.1	Syfte och revisionsfrågor	5
2.2	Avgränsning	6
2.3	Ansvarig nämnd	6
2.4	Revisionskriterier	6
2.5	Metod	6
2.6	Begreppsförklaringar/förkortningar	7
3	Kommunövergripande styrning	8
3.1	Fullmäktiges mål	8
3.2	Kvalitetsstrategi	8
3.3	Kommunens värdegrund	9
4	Nämndens organisation och styrning av kvalitet	9
4.1	Organisation - äldrenämnden	9
4.2	Nämndens uppdragsplan	10
4.3	Kvalitetsdeklarationer	11
5	Äldrenämndens systematiska kvalitetsarbete	11
5.1	Ledningssystemets uppbyggnad	11
5.2	Systematiskt kvalitetsarbete på verksamhetsnivå	15
5.3	Dokumentation av kvalitetsarbetet	24
5.4	Nämndens uppföljning av kvalitetsarbetet i verksamheterna	26
6	Styrning och uppföljning av kvalitet – externa utförare	27
6.1	Styrning av kvalitet - avtalsvillkor	27
6.2	Uppföljning av verksamhet och kvalitet	28
7	Jämförelse med andra kommuner – kvalitetsindikatorer	33
7.1	Bedömning	34
8	Slutsats och rekommendationer	34
8.1	Svar på revisionsfrågor	35
8.2	Rekommendationer	36
	Bilaga 1. Kvalitetsdeklarationer – hemtjänst och vårdboende	38
	Bilaga 2. Kvalitet i kommunens äldreomsorg	39

# 1 Sammanfattning

Vi har av Umeå kommuns revisorer fått i uppdrag att granska hur äldrenämnden arbetar för att säkerställa kvaliteten i de insatser som brukare erhåller i ordinärt och särskilt boende.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldrenämnden har ett ändamålsenligt och effektivt kvalitetsledningssystem som lever upp till krav i lagstiftning och föreskrifter samt mål och värdighetsgarantier.

Granskningen har visat att nämndens kvalitetsarbete i stor utsträckning är integrerat med verksamhetsstyrningen och att arbetet följer en fastställd struktur. Arbetet sker på alla nivåer i verksamheten och nämnden får en regelbunden rapportering och uppföljning av hur arbetet fortgår, kopplat till såväl mål och resultatmätt som till det förbättringsarbete som bedrivs i verksamheterna. Detta ger nämnden goda förutsättningar att följa arbetet och ta beslut/göra eventuella prioriteringar vid behov.

I granskningen har vi dock identifierat brister i det systematiska förbättringsarbetet som sker i verksamheterna. Det bedrivs inte ett strukturerat arbete med bland annat riskanalyser och egenkontroller i verksamheterna, vilket utgör väsentliga grunder i ett systematiskt förbättringsarbete (i enlighet med SOSFS 2011:9). Vi har också identifierat utvecklingsmöjligheter vad gäller hantering/utredning av avvikelser. Arbetet behöver därmed utvecklas för att säkerställa att det sker i enlighet med föreskrifternas krav.

Granskningen har också visat att nämndens styrning och uppföljning av kvalitet i den verksamhet som bedrivs av externa utförare är bristfällig. Det finns funktioner som tillser att uppföljning genomförs med viss systematik men det saknas en tydlig och fastställd organisation och ansvarsfördelning för arbetet. Nämnden har inte heller tydliggjort hur styrning och uppföljning ska ske eller ställt några krav på att den uppföljning som görs ska återrapporteras till nämnd. Viss rapportering sker dock till nämnd, bland annat genom kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse och redovisning av Öppna jämförelser. Kvalitetsberättelsen innehåller dock inte samma information avseende de externa utförarna som verksamheten som bedrivs i egen regi. De externa utförarna omfattas inte av de sammanställningar och analyser som görs avseende bland annat avvikelser, klagomål och synpunkter. Enligt vår bedömning ger inte detta en samlad och rättvisande bild av verksamheten och det kvalitetsarbete som bedrivs. Den information som nämnden får genom patientsäkerhetsberättelsen och redovisningen av Öppna jämförelser är dock mer samlad och innehåller motsvarande information för de externa utförarna som verksamheten i egen regi. Denna uppföljning är dock på en övergripande nivå och synliggör inte fullt ut det kvalitetsarbete som sker i verksamheten. Den uppföljning som görs av de externa utförarna genom inhämtande av verksamhetsberättelser och fördjupad avtalsuppföljning, som ger en bredare bild av utförarnas verksamhet och kvalitet, rapporteras inte till nämnd.

Då nämnden inte tydliggjort hur uppföljning ska ske avseende de externa utförarna bedöms inte nämnden kunna säkerställa en tillräcklig uppföljning av kvalitet i den verksamhet som bedrivs i extern regi. Det gör också att det inte bedöms vara möjligt för nämnden att följa utvecklingen av kvalitet hos de olika utförarna. Det pågår dock ett arbete i förvaltningen att ta fram ett uppföljningsprogram avseende externa utförare för att tydliggöra roller och ansvarsfördelning i uppföljningsarbetet samt vilka uppgifter som åligger respektive funktion. Detta bedöms vara en positiv utveckling som bör kunna

medföra en ökad tydlighet i arbetet och en ökad möjlighet för nämnden att säkerställa att verksamhet bedrivs med god kvalitet.

Sammanfattningsvis vill vi även lyfta fram det övergripande ansvar som nämnden har för all verksamhet, oavsett om den bedrivs i egen regi eller i extern regi. Utifrån vad som framkommit av granskningen är vår bedömning att det saknas en helhetssyn kring kvalitet i nämndens verksamhet, där det bland annat föreligger skillnader i vilka krav på uppföljning som nämnden efterfrågar av utförare i egen regi respektive extern regi. Nämnden bedöms därmed sammantaget inte kunna säkerställa en tillräcklig uppföljning av äldreomsorgens kvalitet.

Utifrån vår bedömning och slutsats rekommenderar vi äldrenämnden att:

- Säkerställa att det sker en tillräcklig och likvärdig rapportering och uppföljning avseende kvaliteten i all verksamhet, oavsett utförare.
- Tillse att arbetet med att ta fram ett uppföljningsprogram slutförs och att detta omfattar samtliga delar som krävs för att säkerställa en ändamålsenlig organisation och utformning av uppföljningen av externa utförare
- Tillse att verksamheternas systematiska förbättringsarbete bedrivs i enlighet med nämndens ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet såväl som gällande föreskrifter (SOSFS 2011:9)
- Tillse att avvikelser dokumenteras och hanteras på ett ändamålsenligt sätt för att säkerställa att de åtgärder som vidtas bidrar till att minska risken att de inträffar igen.
- Se över om och hur kvalitetsberättelsen kan inkludera det kvalitetsarbetet som bedrivs även av externa utförare, för att ge en mer samlad bild av hur arbetet bedrivs i nämndens samlade verksamhet.

Vidare rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Utifrån sitt beredningsansvar tillse att ett program för privata utförare tas fram i enlighet med kommunallagen 5 kap. 3 §, för fastställande av fullmäktige.

## 2 Inledning/bakgrund

Vi har av Umeå kommuns revisorer fått i uppdrag att granska hur äldrenämnden arbetar för att säkerställa kvaliteten i de insatser som brukare erhåller i ordinärt och särskilt boende.

Vård- och omsorgsverksamhet idag innebär en mängd olika utmaningar. Kraven på verksamheterna ökar hela tiden inte minst utifrån de demografiska utmaningarna. I denna miljö är det av stor vikt att äldrenämnden och dess förvaltning tillskapat ett systematiskt arbetssätt för att säkerställa kvaliteten i de tjänster som tillhandahålls. Med systematiskt arbetssätt menar vi att nämnden har en planering för hur verksamheten ska bedrivas, genomföra arbetet och därefter följa upp utfallet och vidtar åtgärder som skapar förutsättning för kvalitet genom ständiga förbättringar.

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det finns krav på riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet och dokumentationsskyldighet. Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter kan förebyggas.

Inom äldrenämndens verksamhet, och främst inom ordinärt boende, finns en större mängd olika utförare, vilket ställer särskilda krav på nämnden avseende kvalitetssäkring.

Umeå kommuns revisorer drar i sin riskanalys slutsatsen att det finns anledning att granska om äldrenämnden tillskapat ett systematiskt arbetssätt så att kvaliteten i verksamheten går att säkerställa såväl inom den verksamhet som bedrivs i egen regi såväl som av externa utförare.

### 2.1 Syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet med granskningen är att bedöma om äldrenämnden har ett ändamålsenligt och effektivt kvalitetsledningssystem som lever upp till krav i lagstiftning och föreskrifter samt mål och värdighetsgarantier.

Granskningen har besvarat följande revisionsfrågor:

- Har äldrenämnden säkerställt ändamålsenliga system och rutiner för kvalitetsarbetet?
- Är kraven på det kontinuerliga kvalitetsutvecklingsarbetet känt och förankrat i organisationen?
- Finns en tydlig organisation med ansvar och roller för kvalitetsuppföljning?
- Har äldrenämnden säkerställt tillräcklig uppföljning av äldreomsorgens kvalitet kopplat till mål, uppdrag och värdighetsgarantier?
- Har äldrenämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av kvaliteten i äldreomsorgen som bedrivs i extern regi?
- Får nämnden en rapportering som möjliggör att följa hur kvalitetens utvecklas hos de olika utförarna?

- Har äldrenämnden säkerställt delaktighet och inflytande hos brukarna?
- Finns en kontinuerlig dialog med externa utförare där krav på kvalitet kan förmedlas?

## 2.2 Avgränsning

Granskningen omfattar äldrenämndens arbete med kvalitetsuppföljning i ordinärt och särskilt boende. Granskningen omfattar både hur nämnden säkerställer kvaliteten i den verksamhet som bedrivs i egen regi och i den verksamhet som bedrivs av externa utförare. De verksamheter som i huvudsak berörs i granskningen är därmed hemtjänst, vård- och omsorgsboende, utredning/bistånd samt enheten för stöd och utveckling. Hälso- och sjukvård berörs i viss utsträckning.

Granskningen fokuserar inte på det systematiska arbetsmiljöarbetet som bedrivs i verksamheten. Detta kan komma att beröras då det är tätt sammankopplat med övrigt kvalitetsarbete. Det kommer dock inte att fokuseras eller bedömas särskilt i denna rapport.

## 2.3 Ansvarig nämnd

Granskningen avser äldrenämnden

## 2.4 Revisionskriterier

Vi har bedömt om rutinerna uppfyller

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap. 6 § avseende att nämnderna ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan.
- Socialtjänstlagen (2001:453) 3 kap. 3 § avseende att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. I 1 § anges att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- Tillämpbara interna regelverk, policyer och beslut.

## 2.5 Metod

Granskningen har genomförts genom:

- Faktainsamling och studier av underlag
- Kartläggning och analys av nämndens och förvaltningens arbetssätt och rutiner avseende kvalitetsledningssystem och uppföljning av kvalitet
- Analys av åtgärder i ett urval av avvikelser

— Intervjuer med:

- Verksamhetschef – Vård- och omsorgsboende
- Verksamhetschef – Din kommunala hemtjänst
- Verksamhetschef – Utredning äldre
- Enhetschefer – Din kommunala hemtjänst (tre stycken)
- Enhetschefer - Vård- och omsorgsboenden (tre stycken)
- Chef – Enheten för stöd och utveckling
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Socialt ansvarig samordnare
- Biträdande upphandlingschef
- Planeringssekreterare/kontaktperson för privata hemtjänstutförare
- Verksamhetschef/VD – extern utförare, vård- och omsorgsboende
- Verksamhetschef – externa utförare, hemtjänst (två stycken)

Därtill har avstämning skett med äldreomsorgsdirektör.

Samtliga intervjuade har beretts möjlighet att faktagranska rapporten

## 2.6 Begreppsförklaringar/förkortningar

I rapporten kommer förkortningar/begrepp på lagar, föreskrifter och funktioner att förekomma. Nedan ges en förklaring till vad de förkortningar/begrepp som används mest frekvent står för.

SoL – Socialtjänstlagen (2001:453)

LSS – Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)

HSL – Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

HSF – Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

MAS – Medicinskt ansvarig sjuksköterska

MAR – Medicinskt ansvarig för rehabilitering

SAS – Socialt ansvarig samordnare

PSL – Patientsäkerhetslagen (2010:659)

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

LOU – Lag om offentlig upphandling (2016:1145)

LOV – Lag om valfrihetssystem (2008:962)

## 3 Kommunövergripande styrning

### 3.1 Fullmäktiges mål

Fullmäktige fastställer årligen budget, övergripande mål och inriktning för kommunens samlade verksamhet. Detta samlas i det av fullmäktige beslutade dokumentet "Planeringsförutsättningar, budget och investeringar"<sup>1</sup>. Här anges bland annat de strategiska områden som kommunen ska fokusera på – goda livsvillkor, livslångt lärande, växande näringsliv och kompetensutveckling, välutvecklad ideell sektor samt en god samhällsplanering. För respektive område finns fastställda mål och uppdrag som är riktade till de nämnder som berörs av/ansvarar för respektive mål/uppdrag. Det finns också uppdrag som inte är kopplade till något strategiskt område.

Här beskrivs även hur planering, uppföljning, analys och utvärdering ska ske. Uppföljning och utvärdering ska ske kontinuerligt med syfte att följa måluppfyllelse samt att uppnå kvalitet och utveckling av kommunens strukturella förutsättningar/resurser. Uppföljning och utvärdering ska även ge signaler om behov av och underlag för att kunna korrigera mål, planering eller resursfördelning. Uppföljning sker till exempel genom verksamhetsuppföljning (månads-, tertial- och årsbokslut), resultatutvärderingar, process- och kvalitetsuppföljning, brukarundersökningar, synpunkter och klagomål, avvikelshantering m.m.

### 3.2 Kvalitetsstrategi

Fullmäktige i Umeå kommun har fastställt en kvalitetsstrategi<sup>2</sup> som gäller för samtliga nämnder. Strategin beskriver de gemensamma ramarna för kommunens kvalitetsarbete. Det anges dock att respektive nämnd och verksamhet ansvarar för att bygga upp och utveckla det verksamhetsspecifika kvalitetsarbetet. Ett minimikrav är att nämnderna uppfyller de kommungemensamma kraven.

Kvalitetsstrategin anger att samtliga nämnder ska uppfylla följande krav:

- Kvalitetsdeklarationer för respektive verksamhetsområde som tydligt beskriver vad medborgare/brukare kan förvänta sig av verksamheten
- En beskrivning över arbetssätt – hur man säkerställer att servicen uppfylls ska finnas
- Verksamheten ska följa upp servicen genom att fånga in synpunkter, jämföra sig med föredömen samt mäta den upplevda kvalitén av servicen.

I kvalitetsstrategin definieras kvalitet som *relationen mellan den enskildes upplevelse av en tjänst och den enskildes behov och förväntningar på tjänsten*<sup>3</sup>. Utifrån detta ska kvalitetsdeklarationer upprättas för respektive verksamhet, för att tydliggöra för den enskilde vad denna kan förvänta sig av respektive tjänst. Kvalitetsdeklarationerna ska fånga syftet med verksamheten och fokusera på för den enskilde väsentliga kvalitetsaspekter som t ex trygghet, inflytande, god vård mm.

<sup>1</sup> Planeringsförutsättningar, budget och investeringar för 2019 och plan 2020-2022, KF 2018-06-18

<sup>2</sup> Kvalitetsstrategi för Umeå kommun, KF 2003-03-01

<sup>3</sup> I SOSFS 2011:9 är definitionen av kvalitet "att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter"



Kvalitetsstrategin ställer även krav på ständiga förbättringar och tydliggör vikten av att kvalitetsarbetet är integrerat i verksamhetsplanerings- och budgetprocessen. Här anges även att verksamhetsplanerings- och budgetprocessen ska följa grundstrukturen för allt systematiskt förbättringsarbete (planera, genomföra, följa upp, förbättra). Av kvalitetsstrategin framgår även att utvecklingen av kvalitetsarbetet i kommunen kräver en strukturerad uppföljning av bl.a. kvalitetsdeklarationer och arbetssätt.

### 3.3 Kommunens värdegrund

Umeå kommun har en gemensam värdegrund som gäller för all verksamhet. Värdegrunden benämns som MÖTS, vilket står för:

- Medborgarfokus - vi skapar värde för de vi är till för
- Öppenhet - vi är tillgängliga, tydliga och lyssnar med omtanke
- Tillit - vi har förtroende för varandra och vår förmåga att möta utmaningar
- Ständiga förbättringar - vi utvecklas positivt genom ständiga förbättringar och förnyelse

## 4 Nämndens organisation och styrning av kvalitet

Nämndens styrning av kvalitet sker främst genom dess uppdragsplan samt dess ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Uppdragsplanen gäller även för de externa utförarna (både särskilt boende och hemtjänst). Ledningssystemet är endast tillämpligt för de externa utförarna (inom hemtjänsten<sup>4</sup>) i vissa delar, såsom riktlinjer och rutiner avseende delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

### 4.1 Organisation - äldrenämnden

Inom Umeå kommun är det äldrenämnden som ansvarar för kommunens uppgifter inom socialtjänsten och de uppgifter som i övrigt enligt lag åläggs kommunens socialnämnd rörande äldre människor samt personer med funktionshinder som fyllt 65 år.

Äldreomsorgsförvaltningen utreder och genomför beslut på uppdrag av nämnden. Förvaltningen består av fyra verksamheter; utredning äldre, kommunal hemtjänst, vård- och omsorgsboende samt hälso- och sjukvård. Utöver detta finns tre enheter på förvaltningsövergripande nivå; socialtjänstens kansli, enheten för prevention och dagverksamhet samt enheten för stöd och utveckling (som arbetar på uppdrag av både äldrenämnden och individ- och familjenämnden). Umeå kommun har även tecknat avtal med ett antal externa utförare enligt LOU samt LOV. Inom äldreomsorgens verksamhetsområde finns idag 17 stycken externa utförare inom hemtjänst och en inom särskilt boende.

---

<sup>4</sup> Särskilt boende som bedrivs i extern regi är enligt avtal vårdgivare i verksamheten och ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser till och med sjuksköterskenivå. Utföraren ansvarar också för att det finns en MAS i sin organisation.

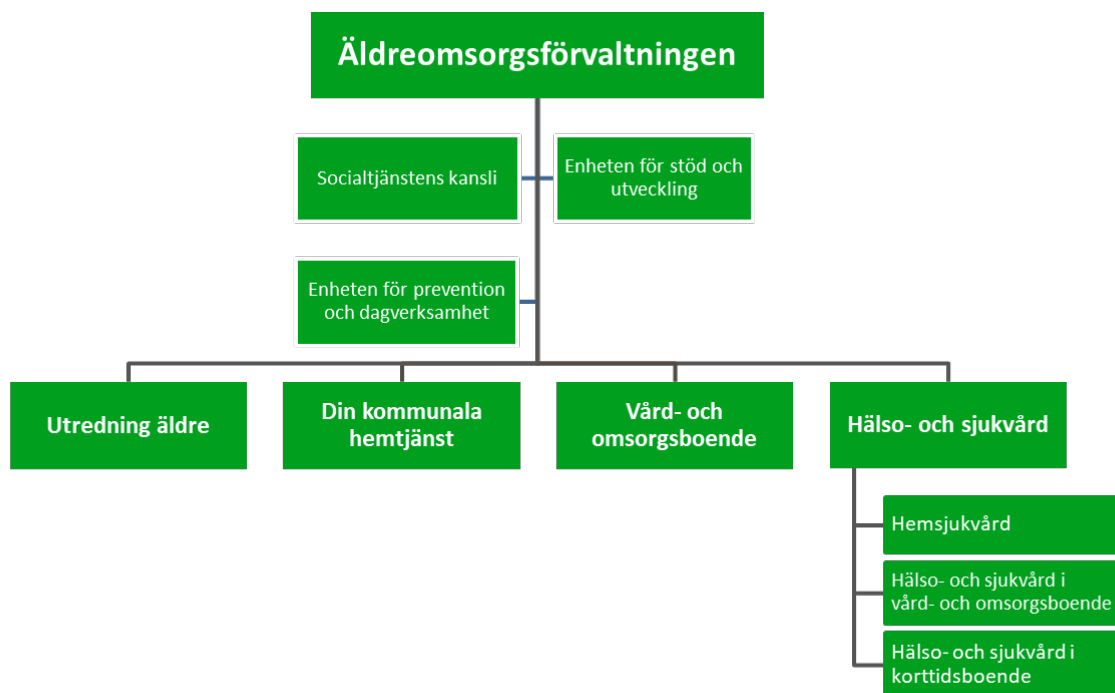


Bild 1. Organisationsskiss - Äldreomsorgsförvaltningen

Inom hemtjänsten utförs en majoritet av insatserna av externa utförare (baserat på statistik om beviljade timmar). Antalet beviljade timmar som utförs av externa utförare har ökat årligen och uppgår per april 2019 till 53 %. (36 % år 2014). Det särskilda boende som bedrivs i extern regi har i dagsläget 14 platser.

Hur ansvaret är fördelat i nämnden/förvaltningen avseende kvalitetsarbetet framgår i avsnitt 5.1.1.

## 4.2 Nämndens uppdragsplan

Nämnden fastställer årligen uppdragsplan och budget för nästkommande år. I uppdragsplanen beskrivs nämndens ansvar och uppdrag. Uppdragsplanen omfattar både den verksamhet som bedrivs i egen regi och den verksamhet som bedrivs i extern regi på uppdrag av nämnden. Av uppdragsplanen framgår att verksamheterna ska samarbeta för att nå bästa resultat för kommuninvånarna.

Nämnden har fastställt fyra mål för nämndens verksamheter avseende kvalitet för kommunens invånare;

1. Äldrenämndens verksamheter stärker de äldre kommuninvånarnas förmåga att leva ett aktivt liv samt ha inflytande i samhället och över sin vardag
2. Äldrenämndens verksamheter bidrar till att kommuninvånarna kan åldras i trygghet
3. Äldrenämndens verksamheter bemöter kommuninvånarna med respekt

4. Äldrenämndens verksamheter säkrar kommuninvånarnas tillgång till en jämlik vård och omsorg

Kopplat till de olika målen finns en förtydligande beskrivning kring vilka frågor/områden som nämnden fokuserar på inom respektive målområde samt de resultatmått som nämnden särskilt följer.

Av uppdragsplanen framgår att verksamheterna ska använda ett systematiskt kvalitetsarbete för att utveckla och säkra kvalitet. Alla medarbetare ska ges förutsättningar att medverka i det systematiska förbättringsarbetet och bidra till ständiga förbättringar. Kvaliteten i verksamheten ska säkras genom att utgå från evidensbaserad praktik (vilket innefattar både vetenskaplig och medarbetares kunskap samt den äldres erfarenheter). Nämndens ledningssystem för kvalitet beskrivs närmare i avsnitt 5.

Kopplingen mellan fullmäktiges mål, nämndens mål och dess resultatmått görs i nämndens styrkort.

### 4.3 Kvalitetsdeklarationer

Kvalitetsdeklarationer finns framtagna för såväl vård- och omsorgsboende och hemtjänst. Inom hemtjänsten och för vård- och omsorgsboenden är löftena som lämnas i stor utsträckning samma. Fokus är på den enskildes självbestämmande och delaktighet, personalens kompetens, kontakt och tillgänglighet till personal och ansvarig chef. För hemtjänsten handlar löftena även om att hålla överenskomna tider samt personalkontinuitet. För vårdboende finns även löften om den enskildes möjlighet till socialt och kulturellt innehåll, fysiska aktiviteter och utevistelse samt vård i livets slutskede. De löften som anges i kvalitetsdeklarationerna återfinns i bilaga 1.

## 5 Äldrenämndens systematiska kvalitetsarbete

I enlighet med gällande föreskrifter har äldrenämnden fastställt ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet<sup>5</sup>. Ledningssystemet är ett övergripande styrdokument som gäller för samtliga verksamheter/enheter där SoL och HSL tillämpas inom förvaltningen (dvs. samtliga utom socialtjänstens kansli). Ledningssystemet utgår från två kommunövergripande styrdokument/principer. Dels kommunens kvalitetsstrategi, dels kommunens värdegrund.

Det av nämnden fastställda ledningssystemet gäller inte för de externa utförarna, som själva ansvarar för att ha ett fungerande och ändamålsenligt ledningssystem. Däremot kan det vara tillämpligt i vissa delar, exempelvis vad gäller riktlinjer/rutiner för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

### 5.1 Ledningssystemets uppbyggnad

Ledningssystemet utgår från gällande föreskrifter (SOSFS 2011:9) och här tydliggörs på en övergripande nivå vad som styr arbetet (lagar, föreskrifter, styrdokument, mål etc.). Ledningssystemet beskriver i övrigt vad som gäller för verksamheterna, utifrån vad som framgår av föreskrifterna. Hur verksamheterna ska arbeta med de olika delarna (processer, samverkan, kompetens, ständiga förbättringar, dokumentation

---

<sup>5</sup> Äldrenämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2017-08-31

m.m.) anges dels som direkta krav på vad verksamheterna ska göra, dels som råd hur de kan göra. Ett av de krav som anges avser det ständiga förbättringsarbetet. Här framgår att det systematiska förbättringsarbetet i verksamheterna ska bestå av riskanalys, egenkontroll, hantering av synpunkter och klagomål inklusive avvikelser. Det tydliggörs också att det i förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser, för att kunna förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar.

Respektive del i det systematiska förbättringsarbetet beskrivs närmare i ledningssystemet och överensstämmer med det som regleras i gällande föreskrifter.

Hur verksamheterna arbetar med att bryta ner och förankra ledningssystemet framgår i avsnitt 5.2.1-2.

### 5.1.1 Ansvarsfördelning – kvalitetsarbetet

Hur ansvaret är fördelat gällande kvalitetsarbetet framgår av ledningssystemet, enligt nedan:

<b>Funktion</b>	<b>Ansvar</b>
<b>Äldrenämnden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem för kvalitet för nämndens verksamhet och att den med stöd av detta kan planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.</li> </ul>
<b>Äldreomsorgs-direktör</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yttersta ansvaret för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten utifrån nämndens uppdrag.</li> <li>Kommunicera och omsätta äldrenämndens övergripande strategier och mål inom verksamheten,</li> <li>Att mål för verksamheten formuleras och att dessa nås</li> <li>Att bevaka verksamhetens totala resursbehov för att säkerställa kvalitetsarbetet på lång och kort sikt</li> </ul>
<b>Verksamhetschefer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa övergripande strukturer, processer, riktlinjer och rutiner för sitt verksamhetsområde</li> <li>Uppföljning av resultat, analys av resultat och för att vidta de förbättringsåtgärder som krävs.</li> </ul>
<b>Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)<sup>6</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det ansvar som åligger dessa funktioner enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (4 kap, 6 §), ex. ansvar för: <ul style="list-style-type: none"> <li>Att patienten får en säker och ändamålsenlig sjukvård av god kvalitet</li> <li>Att journaler förs i tillräcklig omfattning</li> <li>Att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten</li> <li>Att det finns ändamålsenliga och välfungerande rutiner för läkemedelshantering, rapporteringsskyldighet och kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Socialt ansvarig samordnare (SAS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kvalitetsansvar med fokus på det sociala innehållet i socialtjänstens insatser</li> </ul>

<sup>6</sup> Tjänsten som MAR har varit vakant under en period och tillträdde 5/8-2019.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biträda och stödja med kompetens kring specifik lagstiftning och tillämpning för att säkerställa den enskildes rättssäkerhet</li> <li>• Utredda missförhållanden enligt lex Sarah samt bedömer om anmälan ska ske till Inspektionen för vård och omsorg<sup>7</sup>.</li> </ul>
<b>Enheten för stöd och utveckling</b>	Stödfunktion till nämnd, ledning och verksamhet. På enheten finns olika funktioner med sakkunskap kring bland annat kvalitet, utredning, förbättrings- och uppföljningsmetoder och avtal. I övrigt konkretiseras inte enhetens ansvar ytterligare.
<b>Externa utförare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Upprätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt föreskrifterna</li> <li>• Informera nämnden om resultat av kvalitetsuppföljningar genom årlig verksamhetsberättelse</li> <li>• Nämndens uppföljningar, granskningar och brukarundersökningar omfattar även externa utförare</li> <li>• Rapportera lex Sarah-anmälningar och tillhörande utredningar till SAS</li> <li>• Övriga kvalitetskrav som återfinns i avtalsvillkoren</li> </ul>

### 5.1.2 Övergripande riktlinjer och rutiner

Processer, riktlinjer och rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet upprättas och beslutas i huvudsak i respektive verksamhet. I ledningssystemet anges vem som har rätt att besluta/upprätta riktlinjer och rutiner och det är den som upprättar riktlinjerna/rutinerna som är ansvarig för att den/de blir kända i verksamheterna. Här framgår att inom äldreomsorgen kan riktlinjer beslutas av direktör och verksamhetschefer. Även MAS och SAS kan, utifrån sina specifika ansvarsområden, besluta om övergripande riktlinjer för verksamheterna. Rutiner i sin tur kan upprättas på olika chefsnivåer samt att MAS och SAS kan besluta om rutiner utifrån dennes specifika ansvarsområde.

Vi noterar dock att det finns en viss diskrepans mellan vad som anges i ledningssystemet och vad som anges i kommunens riktlinjer för styrande dokument. Riktlinjer för styrande dokument anger att riktlinjer beslutas av kommunstyrelse, nämnd eller bolag, dvs. inte på tjänstemannanivå.

Övergripande riktlinjer och rutiner som MAS och SAS upprättat och beslutat om, som vi återkommer till närmare i denna granskning, avser bland annat avvikelshantering, synpunkter och klagomål, rapportering av missförhållanden enligt lex Sarah m.m.<sup>8</sup>

### 5.1.3 Förankring och tillämpning av ledningssystemet

Att ledningssystemet är förankrat och tillämpas i verksamheten ansvarar respektive verksamhetschef för. Det är också de som ska se till att de riktlinjer och rutiner som de upprättar/beslutar om görs kända i verksamheten. De riktlinjer och rutiner som MAS och SAS beslutar om ansvarar dock de för att göra kända. Av intervjuer framkommer att detta fungerar förhållandevis väl. Stödfunktioner såsom MAS och SAS informerar främst om nya/reviderade dokument via intranätet. Då det är många medarbetare som

<sup>7</sup> Detta ansvar omfattar dock inte de externa utförarna som ansvarar för att ha egna rutiner för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet

<sup>88</sup> MAS, MAR och SAS upprättar även ett flertal andra rutiner som är väsentliga ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Samtliga omnämns dock inte här då de inte berörs vidare i granskningen.

sällan är inne på intranätet behöver därför verksamhetschef tillse att enhetschefer för vidare informationen till medarbetarna.

#### **5.1.4 Uppföljning/utvärdering av ledningssystemet**

Respektive verksamhetschef ansvarar för att ledningssystemet är förankrat och tillämpas i verksamheten. Av intervjuer framkommer att det inte sker någon uppföljning på en mer övergripande nivå för att säkerställa att ledningssystemet efterlevs i verksamheterna. Det vill säga att verksamheterna har brutit ner ledningssystemet och att arbetet bedrivs i enlighet med vad som beskrivs där. Den uppföljning som sker på övergripande nivå är den ordinarie verksamhetsuppföljningen, som beskrivs närmare i avsnitt 5.4. Denna avser dock inte efterlevnad till ledningssystemet och övergripande riktlinjer och rutiner. Verksamhetsuppföljningen fokuserar i huvudsak på mål, resultatmätt och hur arbetet fortgår med det ständiga förbättringsarbetet.

De övergripande rutiner som MAS och SAS följs årligen upp i respektive verksamhet, där dessa rutiner lyfts och går igenom på arbetsplatsträffar. MAS och SAS uppger dock att de inte gör någon regelbunden uppföljning av efterlevnaden men att detta i huvudsak sker i samband med lex Sarah och lex Maria-utredningar.

Ledningssystemets uppbyggnad uppges revideras vid behov, exempelvis vid lagändringar eller annat som påverkar innehållet. Vid tidpunkten för granskningen pågår en revidering och enligt uppgift beräknas ledningssystemet komma till nämnden för beslut under hösten 2019. Arbetet med att revideras, och säkerställa, ledningssystemets aktualitet ansvarar enheten för stöd och utveckling för.

#### **5.1.5 Bedömning**

Granskningen har visat att äldre nämnden fastställt ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet vars grundläggande uppbyggnad motsvarar de krav som ställs enligt lag och föreskrifter. Kvalitetsarbetet bedöms i stor utsträckning vara integrerat med övrig verksamhetsstyrning och nämnden bedöms därmed ha säkerställt att det finns en ändamålsenlig struktur för det systematiska kvalitetsarbetet i den egna verksamheten.

Övergripande riktlinjer och rutiner för kvalitetsarbetet finns tillgängliga för medarbetarna genom det rutinbibliotek som nås via intranätet. Ansvar för att det förankras och tillämpas i verksamheten är fördelat till äldreomsorgsdirektör, verksamhetschefer och enhetschefer. I ledningssystemet finns en tydlig beskrivning av organisationen och ansvarsfördelningen avseende det systematiska kvalitetsarbetet (avseende verksamheter i egen regi). Vidare bedöms det finnas en fastställd struktur för hur ledningssystemet ska brytas ner och tillämpas i respektive verksamhet, vilket också bedöms ske på ett i huvudsak tillräckligt sätt.

Vi bedömer dock att det finns brister gällande uppföljning och utvärdering av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och dess ändamålsenlighet utifrån gällande lagar, föreskrifter och övriga krav. Att det inte sker någon strukturerad uppföljning av detta gör att nämnden inte bedöms kunna säkerställa att det efterlevs och tillämpas på avsett sätt i verksamheten. Den uppföljning som sker fokuserar i huvudsak på mål, resultatmätt och hur arbetet fortgår med det ständiga förbättringsarbetet.

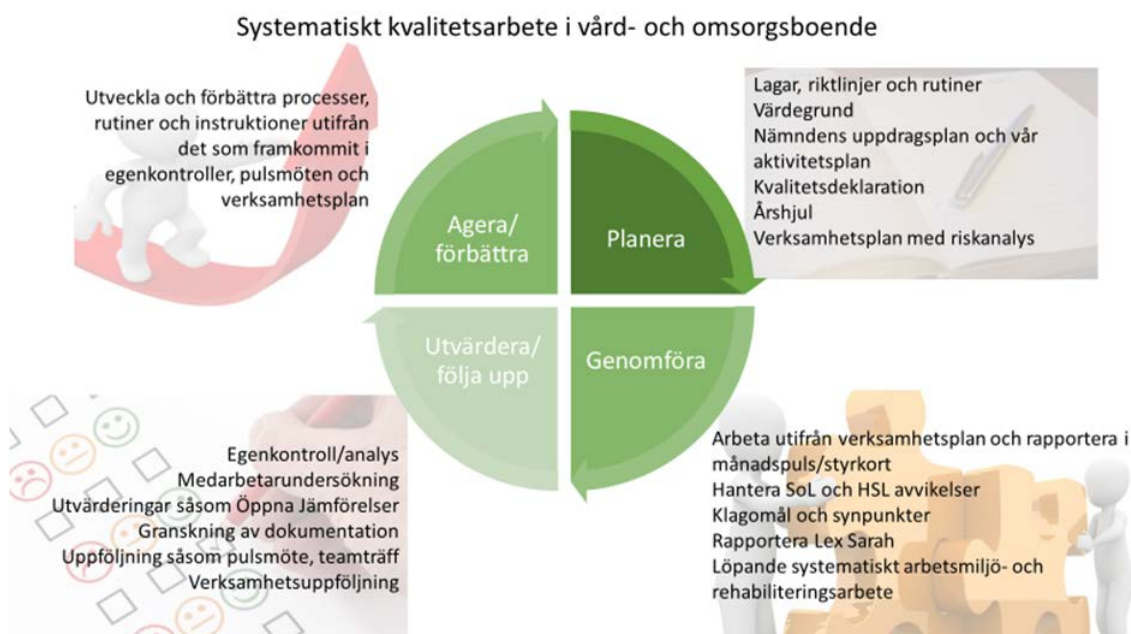
Vidare noterar vi att det finns en viss diskrepans mellan vad som anges i ledningssystemet och vad som anges i kommunens riktlinjer för styrande dokument avseende vilka funktioner som har rätt att besluta om riktlinjer.

## 5.2 Systematiskt kvalitetsarbete på verksamhetsnivå

Nedan beskrivs hur verksamheterna arbetar med att bryta ner och förankra ledningssystemet samt mer specifikt hur de arbetar med de delar som enligt föreskrifterna (SOSFS 2011:9) utgör det systematiska förbättringsarbetet.

### 5.2.1 Vård- och omsorgsboende och kommunal hemtjänst

Arbetet inom vård- och omsorgsboende och kommunal hemtjänst sker på ett förhållandevis likartat sätt, med vissa mindre skillnader. Ledningssystemet har brutits ned till en riktlinje som närmare beskriver hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas i respektive verksamhet. Här beskrivs arbetsgången, som sker enligt PDCA-metoden (planera, genomföra, utvärdera/följa upp, agera/förbättra). Se bild hämtad från verksamheternas riktlinjer nedan.



Riktlinjen beskriver på en mer detaljerad nivå hur arbetet ska bedrivas i verksamheten och det länkas också vidare till övriga riktlinjer och rutiner som medarbetarna ska/bör känna till och använda sig av i arbetet. Samtliga riktlinjer och rutiner finns samlade i ett rutinbibliotek som nås via intranätet. Samtliga medarbetare har därmed tillgång till detta. Enligt uppgift finns även lokala samarbetsytor där enhetsspecifika rutiner samlas. Av intervjuer framkommer dock att rutinbiblioteket inte är fullt ut användarvänligt. Detta på grund av att sökfunktionen inte är optimal samt att det finns en så stor mängd dokument att det kan vara svårt för den enskilde medarbetaren att hitta rätt. Behovet av ett mer användarvänligt rutinbibliotek lyftes även i patientsäkerhetsberättelsen för 2018, som ett förslag till mål för 2019. Nämnden behandlade och godkände patientsäkerhetsberättelsen på sitt sammanträde 2019-02-21 (§ 13). Arbetet med att

förbättra rutinbiblioteket uppges vara pågående. För att ytterligare säkerställa att medarbetarna känner till gällande riktlinjer och rutiner finns det rutinpärmar på respektive enhet där de mest väsentliga rutinerna finns samlade. I verksamheterna finns också ett årshjul där det bland annat finns en plan för när olika riktlinjer/rutiner ska lyftas i arbetsgrupperna för att säkerställa att de är kända bland medarbetarna.

De kvalitetsdeklarationer som finns upprättade för verksamheterna uppges inte följas upp på ett strukturerat sätt. I likhet med riktlinjer och rutiner så lyfts dessa i arbetsgrupperna för att säkerställa att medarbetarna har kännedom om dem. Huruvida de efterlevs följs dock inte upp utan det uppges fångas genom synpunkter och klagomål från brukare och anhöriga.

De intervjuade uppger att ledningssystemet är känt och förankrat i organisationen. Intervjuerna bekräftar också att arbetet i stor utsträckning följer det fastställda arbetssättet enligt ovan. Det finns dock områden som uppges vara mindre utvecklade eller som man inte arbetar med i någon utsträckning. Nedan beskrivs hur verksamheterna arbetar med de delar som utgör det systematiska förbättringsarbetet.

#### **5.2.1.1 Övergripande struktur för arbetet med ständiga förbättringar**

Utifrån uppdragsplanen och styrkortet tar verksamheterna fram aktivitetsplaner, som i sin tur bryts ner ytterligare genom så kallade pulstavlor för det praktiska förbättringsarbetet. Pulstavlorna utformas utifrån värdegrunden samt nämndens och verksamheternas mål och de resultatmål som följs i respektive verksamhet. Tavlornas utformning utgår ifrån PDCA<sup>9</sup>-metoden. På pulstavlorna noteras olika förbättringsidéer. Veckovis hålls pulsmöten på enhetsnivå där samtliga medarbetare deltar för att följa upp hur arbetet fortgår. Under pulsmötet beslutas vilka förbättringsidéer som ska prioriteras och genomföras, vem som är ansvarig och när det ska vara klart. På pulsmötena lyfts även tillkomna avvikelser/identifierade brister och hur aktiviteter kopplade till dem ska prioriteras och fördelas.

#### **5.2.1.2 Riskanalys**

Enligt ledningssystemet ska stor vikt läggas vid förebyggande åtgärder, såsom riskanalyser, för att kunna förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Vidare anges att riskanalyser kan göras på individ- eller organisationsnivå och att det exempelvis kan vara användbart att göra en riskanalys när det finns risk att enskilda brukare kan utsätta sig själv eller andra för riskfyllda situationer, vid införande av nya arbetssätt eller nytt teknikinförande. Vid större verksamhetsförändringar ska risk- och konsekvenser göras för att identifiera de risker som kan medföra att en verksamhet inte kan uppfylla de krav och mål som ställs i lagstiftningen.

I verksamheternas riktlinjer avseende det systematiska kvalitetsarbetet beskrivs inte arbetet med riskanalyser närmare. Här nämns endast att varje boende/enhet årligen ska upprätta en verksamhetsplan där verksamhetsspecifika risker, förbättringsområden och mål att fokusera på under året identifieras. Under intervjuerna framkommer att det inte finns en tydlig bild av hur och när riskanalyser ska genomföras<sup>10</sup>. Riskanalyser

<sup>9</sup> Planera, genomföra, utvärdera/följa upp, förbättra

<sup>10</sup> Riskanalyser som görs inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet beaktas inte i detta sammanhang.



uppges i huvudsak genomföras i samband med eventuella verksamhetsförändringar och då ur ett arbetsmiljöperspektiv. Huruvida en eventuell förändring kan medföra ökade risker för den enskilde eller för verksamhetens möjlighet att uppfylla krav och mål beaktas vanligtvis inte.

### **5.2.1.3 Egenkontroller**

Ledningssystemet fastslår att egenkontroll ska ske på alla nivåer i organisationen och att en årlig plan för detta bör upprättas. Granskningen har visat att egenkontroller sker i viss utsträckning i verksamheterna, men de grundar sig inte i någon strukturerad och dokumenterad riskanalys och det finns heller inte någon upprättad plan för detta. Vilka egenkontroller som ska göras är fastställt i den verksamhets-specifika riktlinjen för systematiskt kvalitetsarbete. Där framgår att enhetschef löpande ska följa upp kvaliteten i genomförandeplaner och dokumentation. Olika delar av egenkontrollen genomförs med olika frekvens, allt från daglig kontroll till månadsvis och/eller tertiärs kontroll.

För hemtjänsten anges att egenkontroll även genomförs på hur arbetssätt och rutiner inom hemtjänstens efterlevs, det beskrivs dock inte närmare vad som ska göras, hur det ska göras eller när det ska göras. Inte heller vem som ansvarar för det. Av intervjuer har det inte heller framkommit att det görs några ytterligare egenkontroller.

För vård- och omsorgsboenden anges att egenkontroll även görs av det personcentrerade förhållningssättet där fokus är på efterlevnad av arbetssätt. Detta sker i samband med verksamhetsuppföljning. Av intervjuer framgår att enhetscheferna dagligen gör kontroller avseende dokumentation och att kontroller av genomförandeplaner sker regelbundet.

Enligt de intervjuade så dokumenteras inte de kontroller som genomförs.

### **5.2.1.4 Utredning av avvikelser (synpunkter och klagomål samt avvikelser)**

Det finns rutiner för såväl avvikelshantering enligt SoL och LSS, avvikelshantering för hälso- och sjukvård samt för klagomål och synpunkter. Det finns också en särskild rutin för rapportering av missförhållanden enligt lex Sarah. Rutinerna beskriver hur hanteringen går till, dvs. hur rapportering, utredning, uppföljning och avslut ska ske. För hanteringen av lex Sarah-rapporter framgår också hur ansvaret för rapportering, utredning, åtgärder och anmälan är fördelad i verksamheten.

Såväl avvikelser som klagomål och synpunkter ska dokumenteras och registreras i verksamhetssystemet. Synpunkter som enkelt kan åtgärdas behöver enligt rutinen inte registreras i verksamhetssystemet. Det finns även klagomål som inte ska hanteras i verksamhetssystemet. Dessa ska då dokumenteras på särskild blankett. Exempel på sådana klagomål är om de omfattar hela verksamheter, exempelvis lokalers utformning eller teknisk utrustning och som rör grupper av brukare/klienter.

Av intervjuer framkommer att det finns ett relativt gott inflöde av rapporterade avvikelser, i huvudsak HSL-avvikelser. Även SoL-avvikelser uppges rapporteras, men i något längre utsträckning. Inom vård- och omsorgsboenden framkommer det av intervjuer att det finns enheter där rapporteringen av SoL-avvikelser kan förbättras (bortsett från fallavvikelser, där det uppges vara en god rapporteringsfrekvens). Inom hemtjänsten uppges intervjuade enhetschefer att medarbetarna är duktiga på att rapportera SoL-avvikelser men att hanteringen av avvikelserna kan förbättras. Även

SAS uppger under intervju att rapportering och hantering av SoL-avvikelser är ett förbättringsområde, vilket också är ett område som man utbildat i inom egen regi. Motsvarande utbildningsinsatser görs dock inte mot externa utförare, trots att det finns ett identifierat behov. Avvikelsehantering och uppföljning av avvikelser sker på gruppträffar på respektive enhet. Detta samlas årligen upp i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. Det uppges dock inte ske någon samlad analys på en mer övergripande nivå, dvs. mellan enheter eller verksamheter för att identifiera ev. brister och/eller behov av åtgärder som återfinns på fler håll i verksamheterna.

Intervjuade enhetschefer uppger att det inkommer ett bra flöde av synpunkter och klagomål, som hanteras löpande i verksamheten. Det är uppges dock vara få som dokumenteras och hanteras i enlighet med gällande rutin.

Information om rutinerna lämnas i samband med introduktion av nya medarbetare, i enlighet med rutinerna. Rutinerna lyfts även årligen på en arbetsplatsträff (APT), inom hemtjänsten en gång per år och inom vård och omsorgsboende två gånger per år. Av rutinerna framgår att rutinerna ska aktualiseras minst två gånger per år på APT. För att säkerställa att avvikelser rapporteras uppger samtliga intervjuade att det är något som de löpande tar upp med medarbetare, inte endast då rutin ska hanteras enligt årshjulet.

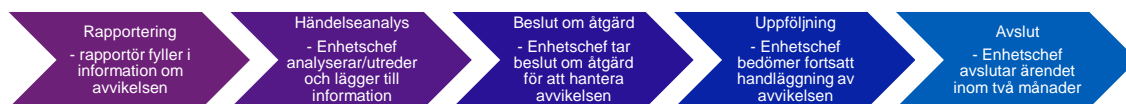
### Stickprovgranskning – avvikelshantering

Inom ramen för granskningen har vi tittat närmare på ett urval avvikelser inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende (egen regi) i syfte att analysera hur de hanterats, med fokus på vidtagna åtgärder.

Totalt valdes 15 avvikelser ut (varav 14 stycken har granskats vidare då 1 avvikelse avsåg verksamhet som äldrenämnden inte ansvarar för). Avvikelserna valdes för att få en spridning bland enheter och registrerad avvikelseorsak. Utifrån detta har ärendena valts ut slumpmässigt. För att få så aktuella avvikelser som möjligt så begränsades urvalsperioden till 2019-01-01 – 2019-04-30. Ärendegranskningen har fokuserat på utvalda kontrollpunkter utifrån den avvikelshanteringsprocess som beskrivs i kommunens egna rutiner.

I gällande rutin anges att avvikelshantering omfattar rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser samt att fastställa och åtgärda orsaker. Därefter ska åtgärderna utvärderas för att förebygga och förhindra att liknande händelser upprepas. Här anges även att de medarbetare som berörs ska hållas informerade om vilka åtgärder som vidtas för att förebygga/förhindra att liknande händelse upprepas. Den beslutade åtgärden ska följas upp inom respektive verksamhet.

Avvikelsehanteringsprocessen beskrivs enligt följande:



Mot bakgrund av ovan har vi för respektive avvikelse granskat och bedömt om:

- Rapportören lämnat tillräcklig information om aktuell händelse
- Omedelbara åtgärder vidtagits

- Om en bedömning är gjord avseende händelsens allvarlighetsgrad och sannolikhetsgrad att det kan inträffa igen
- Om/vilka åtgärder som vidtagits
- Om uppföljning av åtgärd har gjorts och om den bedöms ha lett till förbättring eller ej
- Att avvikelsen hanterats och avslutat inom två månader
- Dokumentationen sammantaget är fullständig

Resultatet av stickprovsgranskningen redovisas nedan.

#### *Rapportörens information om aktuell händelse*

Samtliga avvikelser utom en innehåller en tillräcklig beskrivning för att förstå den inträffade händelsen.

#### *Omedelbara åtgärder vidtagits*

I samtliga fall utom ett har åtgärd vidtagits i direkt anslutning till händelsen. Avvikelsen som inte åtgärdats omedelbart handlade om utebliven insats på grund av personalbrist.

#### *Om en bedömning är gjord avseende händelsens allvarlighetsgrad och sannolikhetsgrad att det kan inträffa igen*

Bedömning är gjord avseende 10 av 14 avvikelser. Huruvida bedömningarna speglar allvarlighetsgrad och sannolikhetsgrad är dock svår att avgöra. Det går inte heller att utläsa bedömningarnas koppling till vidtagna åtgärder.

#### *Om/vilka åtgärder som vidtagits*

För tre avvikelser saknas helt information om åtgärd. I sju av avvikelserna har åtgärden bestått av samtal med inblandad personal och/eller diskussion på APT. I fem av avvikelserna framgår det endast åtgärder i syfte att hantera den enskilda händelsen. Det framgår inte av dessa avvikelser om de lyfts på APT eller om det i övrigt vidtagits några åtgärder i syfte att förhindra att det inträffar igen.

#### *Om uppföljning av åtgärd har gjorts och om den bedöms ha lett till förbättring eller ej*

Huruvida uppföljning har skett av angivna åtgärder har endast dokumenterats i sex av de granskade avvikelserna. För tre av dessa anges att det inte går att bedöma huruvida vidtagna åtgärder lett till förbättring eller ej.

#### *Att avvikelsen hanterats och avslutat inom två månader*

Fem av de granskade avvikelserna har inte avslutats i systemet inom två månader, två är inte avslutade alls. För ytterligare två avvikelser saknas information om huruvida de är avslutade eller ej.

#### *Sammantagen dokumentation*

Endast två av de granskade avvikelserna innehåller fullständig dokumentation i samtliga delar.

### **5.2.1.5 Förbättringsåtgärder**

Arbetet med ständiga förbättringar bedrivs i huvudsak genom pulstavlorna och de veckovisa pulsmöten som genomförs, som beskrivits tidigare i detta avsnitt samt i avsnitt 5.4. Inom ramen för detta så lyfts förbättringsidéer direkt från medarbetarna och prioriteringar görs löpande. Beslut tas då om vilka aktiviteter som ska genomföras, när

de ska genomföras och vem som är ansvarig. På pulsmötena lyfts även tillkomna avvikelser/identifierade brister och hur de ska prioriteras och fördelas. Utgångspunkten är att det systematiska förbättringsarbetet ska bidra till att identifiera behov av förbättringsåtgärder.

### 5.2.1.6 Övrigt (arbetssätt, samverkan m.m.)

#### Arbetssätt

Ett av de områden som verksamheterna arbetar med är personcentrerat<sup>11</sup> förhållningssätt. Att arbeta personcentrerat innebär att se den enskilda personen, involvera och anpassa efter individens behov, resurser och förutsättningar. På detta sätt kan vården både bli mer jämlik och kostnadseffektiv. Detta är en del i att uppnå målet om att stärka de äldres förmåga att leva ett aktivt liv samt ha inflytande i samhället och över sin vardag. I uppdragsplanen framgår att fokus är att detta säkras genom att behoven styr insatsen, dvs. att beslut följs upp regelbundet och anpassas då behov förändras. Genomförandeplanen är en viktig del i detta då det är där den äldres behov och önskemål tryggas. Med anledning av detta ska uppföljning ske avseende aktualitet och kvalitet i genomförandeplanerna. Som nämns ovan genomförs egenkontroller av genomförandeplaner där såväl aktualitet som kvalitet i dem kontrolleras. Detta har också kunnat verifieras genom den månadsvisa uppföljning som görs i verksamheterna. Dock sker ingen ytterligare dokumentation av genomförda egenkontroller.

#### Samverkan

Av föreskrifterna och nämndens ledningssystem framgår vikten av samverkan för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Internt finns en nära samverkan med Hälso- och sjukvård i hemmet. Här sker samverkan på olika nivåer, såväl på chefsnivå som medarbetarnivå (omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal). Denna samverkan uppges fungera väl. Av intervjuer med enhetschefer har det dock framkommit att samverkan med såväl Utredning äldre som med MAS och SAS fungerar förhållandevis väl men att den kan utvecklas. Exempel på detta är att delta på arbetsplatsträffar eller motsvarande för att informera/diskutera kring riktlinjer och rutiner.

Samverkan med brukare sker dels i det löpande arbetet med genomförandeplaner och i utförandet av insatser, dels genom brukarträffar som genomförs ett par gånger per år inom vård- och omsorgsboende (dock ej i intraprenadverksamheten). Inom hemtjänsten sker samverkan uteslutande på individnivå.

Samverkan med externa utförare uppges inte ske i någon utsträckning alls.

### 5.2.2 Utredning äldre

Utredning äldre arbetar i viss mån annorlunda än hemtjänst och vård- och omsorgsboende. Verksamheten har inte tagit fram någon riktlinje som beskriver hur det systematiska kvalitetsarbetet ska ske i verksamheten. Det har heller inte tagits fram några processbeskrivningar. Av intervju framkommer att ledningssystemet upplevs

---

<sup>11</sup> Personcentrering handlar om att ha en dialog med den äldre personen och dennes anhöriga för att nå samsyn om mål och syfte med det stöd och den omsorg som ska utföras. Personcentrering innebär att synliggöra andliga, existentiella, psykiska, sociala och fysiska behov.

vara svårare att förhålla sig till gällande myndighetsutövningen än i utförarverksamheterna. För att säkerställa kvalitet i verksamheten uppges verksamheten fokusera på uppföljningar för att säkerställa att det är rätt insatser som ges. Detta uppges fungera väl och verksamheten lever upp till det mål som finns avseende antal uppföljda beslut. Utöver uppföljningarna så uppges att verksamheten arbetar med ärendehandledning och ärendedragningar i grupp för att kunna säkerställa likvärdiga beslut där det finns en samsyn hos handläggarna.

Liksom övriga verksamheter finns en rad riktlinjer och rutiner som beskriver arbetsgången, vilka finns samlade i rutinbiblioteket. Här finns riktlinjer/rutiner som beskriver handlägningsprocessen från aktualisering till uppföljning och avslut av ett ärende.

Även Utredning äldre har ett årshjul som de arbetar efter. Detta utgår dock från det systematiska arbetsmiljöarbetet, men fångar även in att det årligen ska ske en översyn/revidering av riktlinjer och rutiner på arbetsplatsen.

Gällande det systematiska förbättringsarbetet uppges inte detta ske till fullo på ett strukturerat och systematiskt sätt. Nedan beskrivs hur verksamheten arbetar med de delar som utgör det systematiska förbättringsarbetet.

#### **5.2.2.1 Övergripande struktur för arbetet med ständiga förbättringar**

Utredning äldre har samma struktur som vård- och omsorgsboende och hemtjänst i sitt arbete med ständiga förbättringar. Utifrån uppdragsplanen och styrkortet tar aktivitetsplan/mål fram, som i sin tur bryts ner ytterligare genom så kallade pulstavlor för det praktiska förbättringsarbetet. Pulstavlorna utformas utifrån värdegrunden samt nämndens och verksamheternas mål och de resultatmått som följs i respektive verksamhet. På pulstavlorna noteras olika förbättringsidéer. Veckovis hålls pulsmöten på enhetsnivå där samtliga medarbetare deltar för att följa upp hur arbetet fortgår. Under pulsmötet beslutas vilka förbättringsidéer som ska prioriteras och genomföras, vem som är ansvarig och när det ska vara klart. På pulsmötena lyfts även tillkomna avvikelser/identifierade brister och hur aktiviteter kopplade till dem ska prioriteras och fördelas.

#### **5.2.2.2 Riskanalys**

Utredning äldre har inte tagit fram några riktlinjer eller rutiner för när och hur riskanalyser ska genomföras. I likhet med vård- och omsorgsboende och hemtjänst så görs riskanalyser i huvudsak vid större verksamhetsförändringar och då främst ur ett arbetsmiljöperspektiv. Det sker dock inte regelbundet utan endast på förekommen anledning. Huruvida en eventuell förändring kan medföra ökade risker för den enskilde eller för verksamhetens möjlighet att uppfylla krav och mål beaktas vanligtvis inte.

#### **5.2.2.3 Egenkontroller**

Verksamheten har inte någon plan för vilka egenkontroller som ska göras. Av intervju har dock framkommit att egenkontroller sker i viss utsträckning, bland annat i form av uppföljning och kontroll av ex. genomförandeplaner, dokumentation, uppföljning av beslut, ärendehandledning etc. Hur och när uppföljning ska ske finns dokumenterat i särskild rutin. Dokumentation av den uppföljning som sker av beslut görs i respektive brukares journal. I övrigt dokumenteras inte ovan nämnda kontrollmoment.

#### **5.2.2.4 Utredning av avvikelser (synpunkter och klagomål samt avvikelser)**

Rapportering och hantering av avvikelser sker på motsvarande sätt som inom övriga verksamheter (se avsnitt 5.2.1.3). Verksamhetschef uppger att rapportering av avvikelser sker i god utsträckning. En stor del av de avvikelser som upprättas inom Utredning äldre avser SVU-processen (samverkan vid utskrivning). För detta finns rutin och en särskild blankett. Avvikelser som skickas mellan kommun och region (och vice versa) uppges tas emot och hanteras på ett ändamålsenligt sätt. Hantering av avvikelser sker på pulsmöten. De lyfts och analyseras dock inte på en mer övergripande nivå.

#### **5.2.2.5 Förbättringsåtgärder**

Inom ramen för detta så lyfts förbättringsidéer direkt från medarbetarna och prioriteringar görs löpande. Beslut tas då om vilka aktiviteter som ska genomföras, när de ska genomföras och vem som är ansvarig. På pulsmötena lyfts även tillkomna avvikelser/identifierade brister och hur de ska prioriteras och fördelas. Utgångspunkten är att det systematiska förbättringsarbetet ska bidra till att identifiera behov av förbättringsåtgärder.

#### **5.2.2.6 Övrigt (arbetssätt, samverkan etc.)**

##### *Arbetssätt*

Verksamheten arbetar utifrån IBIC (Individens behov i centrum). IBIC är ett stöd och ett systematiskt arbetssätt för att identifiera och beskriva individens behov, resurser, mål och resultat samt att hantera dokumentationsbehov med ett gemensamt språk inom den process som individen genomgår i socialtjänsten. Syftet med arbetssättet är att individens stöd utgår från dennes behov och mål, inte från utbudet av existerande insatser. Detta ska sammantaget ge förutsättningar för att lagens mål och intentioner uppnås. Att arbeta med IBIC är ett av verksamhetens egna mål, vilket de arbetat med i ett par års tid. Av intervju så framkommer att de i dagsläget inte har systemstöd för arbetet, men att de beslutat att fortsätta arbeta utifrån modellen. Detta ger en ökad delaktighet för den enskilde och beslut som motsvarar dennes behov. I förlängningen bidrar det även till en bättre uppföljning utifrån individens behov.

##### *Samverkan*

Samverkan sker på olika nivåer, såväl internt som med externa aktörer. Samverkan krävs bland annat med regionen i samband med utskrivningar, vilket har varit ett område som verksamheten arbetat på att utveckla för att minska antalet dagar med betalansvar. Av intervju framkommer att antalet dagar med betalansvar har minskat. Vidare framkom att ett tydligt fokusområde har varit att individerna i möjligaste mån ska kunna återgå till hemmet och i de fall korttidsplats är aktuellt ha tydligare målsättningar med insatsen för att individen ska kunna flytta hem.

Även Utredning äldre lyfter att det finns behov av att utveckla samverkan med vård- och omsorgsboende och hemtjänst. Bland annat då det uppges finnas brister i kommunikationen mellan hemtjänsten (såväl externa utförare som utförare i egen regi) och Utredning äldre vad gäller återrapportering av förändringar i individens behov. Enligt intervju så återrapporteras det inte alltid om insatser inte behövs, eller inte utförs av annan orsak, vilket ska ske för att besluten ska kunna anpassas. Framförallt för att

de ska bli korrekta utifrån befintliga behov men även för att det kan påverka den enskildes kostnad och likaså den ersättning som utföraren får.

Även samverkan med funktioner på enheten för stöd och utveckling uppges kunna utvecklas, framförallt gällande uppföljning/kontakt kring de externa utförarna. Detta då handläggare upplever att de inte får återkoppling kring hur synpunkter och klagomål som lämnas avseende de externa utförarna hanteras.

Samverkan sker i viss utsträckning med externa utförare inom hemtjänsten, genom terminsvisa träffar där de bland annat informerar om riktlinjer och rutiner. Tiden för dessa träffar uppges dock vara begränsad.

### 5.2.3 Bedömning

Ansvar för att ledningssystemet är känt och tillämpas i organisationen är fördelat till verksamhetschefer. Det övergripande styrdokumentet bedöms ha brutits ner i verksamheterna i viss utsträckning. Inom hemtjänst och vård- och omsorgsboende finns riktlinjer och rutiner som beskriver hur kvalitetsarbetet ska bedrivas i respektive verksamhet, vilket vi bedömer ger goda förutsättningar för ett strukturerat och systematiskt arbetssätt. Gällande riktlinjer och rutiner finns också tillgängliga för alla medarbetare och det finns en struktur för att säkerställa att de är kända i organisationen. Inom Utredning äldre finns visserligen riktlinjer och rutiner som beskriver de olika delarna i handlägningsprocessen, men det finns inte ett samlat dokument som beskriver hur verksamheten ska arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet (i likhet med vård- och omsorgsboende). Det uppges också vara svårare att tillämpa ledningssystemet i verksamheten, vilket vi inte bedömer är en tillräcklig grund för att inte arbeta utifrån det. Ledningssystemet gäller för samtliga av äldrenämndens verksamheter och ska därmed tillämpas i sin helhet, om inte särskilda skäl föreligger.

Genom aktivitetsplaner och arbete med pulstavlor bedöms det finnas ett aktivt arbete med det ständiga förbättringsarbetet utifrån nämndens mål, uppdrag och resultatmål på alla nivåer i organisationen. Medarbetarna bedöms genom denna struktur bli delaktiga och medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Granskningen har även visat att det finns strukturer och arbetssätt för att säkerställa brukarnas delaktighet och inflytande. Detta sker i huvudsak genom de arbetssätt som verksamheterna arbetar med (personcentrerat förhållningssätt och IBIC), som syftar till att utgå från den enskilda personen och involvera och anpassa insatser efter individens behov, resurser och förutsättningar. Uppföljning och kontroll sker regelbundet av genomförandeplaners kvalitet, av vilka det ska framgå i vilken mån den enskilde varit delaktig i upprättandet av planen.

Strukturen för det systematiska förbättringsarbetet, såsom det ska bedrivas enligt föreskrifterna (2011:9), bedöms dock vara bristfällig i verksamheterna. Det systematiska förbättringsarbetet ska leda till att förbättringsåtgärder vidtas utifrån det resultat som framkommer av bland annat riskanalyser, egenkontroller och utredning av avvikelser. I de granskade verksamheterna görs riskanalyser och egenkontroller endast i begränsad utsträckning och bedöms inte följa föreskrifterna (SOSFS 2011:9) eller det av nämnden fastställda ledningssystemet. Det har också framkommit att dokumentationen avseende framförallt egenkontroller inte sker på ett tillräckligt sätt. För avvikelshantering finns rutiner och arbetssätt som i huvudsak säkerställer en ändamålsenlig hantering. Genomförd stickprovsgranskning visar dock att det finns

brister i såväl dokumentation som vidtagande av åtgärder och uppföljning av dessa för att säkerställa att de inte kommer inträffa igen. Vidare framkommer att synpunkter och klagomål inte registreras/dokumenteras i någon större omfattning. Då vi inte tittat närmare på vilken typ av synpunkter och klagomål det handlar om kan vi inte bedöma huruvida det är korrekt hanterat eller ej. Detta då det finns undantag för när framförallt synpunkter ska registreras. Mot bakgrund av ovan bedömer vi dock att det finns en risk att hanteringen inte sker enligt gällande rutiner. Synpunkter och klagomål hanteras sannolikt då de uppstår, men om de inte registreras så är det svårt att arbeta systematiskt med dem för att de ska kunna leda till förbättringar.

Som nämnts tidigare är en väsentlig del i det systematiska förbättringsarbetet att identifiera brister och åtgärda dem *för att säkerställa att de inte träffar igen*. Vi har i granskningen noterat att analys, åtgärder och uppföljning av det som framkommer av det systematiska förbättringsarbetet (resultat av riskanalyser, egenkontroller, avvikelser etc.) i huvudsak sker på enhetsnivå. Utöver den sammanställning och analys som görs av SAS i samband med kvalitetsberättelsen görs inte några mer övergripande analyser på verksamhets- eller förvaltningsnivå för att identifiera eventuella gemensamma förbättringsområden och behov av åtgärder.

Även samverkan bedöms vara ett område där det finns utrymme för utveckling, framförallt internt mellan olika verksamheter. Ur ett individperspektiv är det exempelvis av stor vikt att det finns en fungerande samverkan mellan Utredning äldre och hemtjänsten. Detta för att säkerställa att den enskilde får rätt insatser, i rätt omfattning. Likaså är det av vikt att det finns en samverkan mellan stödfunktioner och övrig verksamhet, både för att säkerställa att det finns en god kännedom om gällande krav och rutiner och för att skapa en förståelse för varandras verksamheter och uppdrag.

## 5.3 Dokumentation av kvalitetsarbetet

Föreskrifterna ställer krav på att kvalitetsarbetet ska dokumenteras, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Detta beskrivs i tidigare avsnitt (5.1-2). I denna del beskrivs i huvudsak den dokumentation som görs inom ramen för kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse, vilken syftar till att beskriva det kvalitetsarbete som bedrivits under det gångna året och vilka resultat det gett.

### 5.3.1 Kvalitetsberättelse

Det finns inte några krav på att en kvalitetsberättelse ska upprättas, däremot anges det i föreskrifterna (SOSFS 2011:9) att detta bör ske. Vad en kvalitetsberättelse bör innehålla framgår av såväl de allmänna råden som av den handbok som Socialstyrelsen tagit fram för tillämpningen av föreskrifterna<sup>12</sup>. Här framgår att det av kvalitetsberättelsen bör framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts. Exempelvis uppges kvalitetsberättelsen kunna innehålla en beskrivning/redogörelse av hur uppgifterna har varit fördelade, hur risker har hanterats, hur kvaliteten har följts upp och utvärderats genom egenkontroller samt hur rapporter, klagomål och synpunkter har hanterats.

<sup>12</sup> Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsen



Äldrenämndens kvalitetsberättelse fokuserar i huvudsak på sammanställning och analys av klagomål, avvikelser (SoL) och lex Sarahrapporter samt i förekommande fall interna granskningar och uppföljningar som gjorts av SAS. Här framgår även vilka förbättringsområden som finns utifrån detta. Vidare redogörs kort kring de tillsynsbeslut som inkommit från IVO, arbetet utifrån GDPR samt hur nämnden arbetar med månadsrapporter.

Den sammanställning och analys som sker enligt ovan omfattar inte de externa utförarna. En kort redogörelse som avser externa utförare inom hemtjänst ges separat i kvalitetsberättelsen. Redogörelsen innehåller dock inte motsvarande uppgifter som för övrig verksamhet, vilket förklaras av att utförarnas verksamhetsberättelser inkommer den 31 januari och därmed inte fångas in i berättelsen. För de externa utförarna inom hemtjänst innehåller redogörelsen istället en övergripande beskrivning av vilken uppföljning som gjorts under året, andel personer som har en aktuell genomförandeplan (resultatmätt), samverkansträffar som genomförts samt antal godkända utförare. Vidare redogörs kort för specifika avtalsuppföljningar som gjorts under året (nio stycken) där avtalsvillkoren följs upp och samtal förs om hur verksamheten fungerar i praktiken och om de föranlett varningar eller liknande.

Kvalitetsberättelsen innehåller ingen information om extern utförare av särskilt boende.

Av intervjuer framkommer att kvalitetsberättelsen genom detta inte beskriver kvalitetsarbetet i sin helhet, utan endast en begränsad del. Detta är också tydliggjort i kvalitetsberättelsen. Tidigare uppges även sammanställning och analys avseende de indikatorer som mäts i Öppna jämförelser ha ingått i kvalitetsberättelsen, från och med 2019 presenteras detta dock separat. Enligt uppgift presenteras Öppna jämförelser separat i syfte att utgöra diskussionsunderlag för kvalitetsförbättrande åtgärder.

### 5.3.2 Patientsäkerhetsberättelse

Till skillnad från kvalitetsberättelsen så är det ett krav att vårdgivaren ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Av PSL (3 kap, 10 §) framgår att det av patientsäkerhetsberättelsen ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. Ytterligare krav på vad patientsäkerhetsberättelsen ska innehålla finns i föreskrifterna (SOSFS 2011:9). Här framgår att det även ska framgå bland annat hur ansvaret varit fördelat, hur patientsäkerheten genom egenkontroll har följts upp och utvärderats, hur samverkan har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada, hur risker för vårdskador har hanterats samt hur inkomna klagomål och synpunkter som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats. Det ska också framgå hur många lex Maria-händelser som har utretts och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Kommunens patientsäkerhetsberättelse för 2018 avser de verksamheter som bedrivs inom både äldrenämnden och individ- och familjenämnden. Patientsäkerhetsberättelsen omfattar både den verksamhet som bedrivs i egen regi och den verksamhet som bedrivs av externa utförare inom hemtjänsten.

Patientsäkerhetsberättelsen innehåller de delar som föreskrifterna anger. Till skillnad från kvalitetsberättelsen framgår de utmaningar som finns i verksamheterna kopplat till hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor samt förslag till prioriterade områden för kommande år.

### 5.3.3 Bedömning

Nämnden upprättar årligen en kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen bedöms på en övergripande nivå innehålla de uppgifter som lag och föreskrifter kräver. Den bedöms även ge en bild av vilka utmaningar som finns i verksamheterna och vilka prioriteringar som bör göras i det fortsatta arbetet.

För utformningen av kvalitetsberättelsen finns inga uttalade krav om vad den bör innehålla, endast rekommendationer. Gällande föreskrifter och allmänna råd anger dock att det av kvalitetsberättelsen bör framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts. I äldrenämndens kvalitetsarbete beskrivs endast delar av kvalitetsarbetet, vilket inte ger en samlad bild av det kvalitetsarbete som bedrivs i verksamheten. Vi bedömer också att det inte ger en rättvisande bild av verksamheten då de externa utförarna inte omfattas av de sammanställningar som görs avseende bland annat avvikelser, klagomål och synpunkter. Inom hemtjänsten svarar de externa utförarna för merparten av antalet beviljade timmar, vilket utgör en väsentlig del av verksamheten. Att kvalitetsberättelsen innehåller motsvarande information om deras verksamhet och kvalitetsarbete som för den verksamhet som bedrivs i egen regi bedömer vi är av vikt för att kunna ge en samlad bild. Att så inte ske förklaras av att uppgifter från dem inkommer först den 31 januari. Som framgår av avsnitt 6.2.2. är utförarna dock skyldig att ta fram och tillhandahålla de uppgifter om verksamheten som kommunen begär in för att informera sig om verksamheten. Det bedöms därmed inte finnas några hinder för att begära in uppgifter vid annan tidpunkt än vad som anges ovan.

## 5.4 Nämndens uppföljning av kvalitetsarbetet i verksamheterna

Uppföljning av kvalitetsarbetet sker på olika nivåer i organisationen. Uppföljningen av kvalitet är i stor utsträckning integrerad med övrig verksamhetsuppföljning.

Uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet sker i ett första led inom respektive verksamhet. Som beskrivs i avsnitten 5.2.1.1 och 5.2.2.1 så arbetar respektive enhet med så kallade pulstavlor som dels utgör ett styrmedel, dels ett uppföljningsverktyg. Veckovisa pulsmöten genomförs på samtliga enheter där uppföljning utifrån pulstavlorna sker direkt med medarbetarna utifrån uppsatta mål och aktiviteter. Månadsvis har verksamhetschef/biträdande verksamhetschef en verksamhetsuppföljning med samtliga enhetschefer och följer upp pulstavlorna och aktuella resultatmål. Detta aggregeras därefter av äldreomsorgsdirektör till en månadsrapport som på en övergripande nivå beskriver hur arbetet fortgår i respektive verksamhet. Här redogörs även för verksamheternas arbete med ständiga förbättringar, bland annat genom en sammanställning av de förbättringsåtgärder/-aktiviteter som genomförts. Månadsrapporten redovisas till nämnden och genom den får nämnden en regelbunden rapportering avseende ekonomi, personal/arbetsmiljö, verksamhet/kvalitet och resultatmåten.

Tertialvis upprättas en tertialrapport som nämnden tar ställning till. Här rapporteras hur verksamheterna arbetat med de mål som nämnden fastställt i uppdragsplanen. Här anges även status för de uppdrag som fullmäktige och nämnden fastställt. I den mån det är möjligt rapporteras resultatmåten i tertialrapport 1 och 2. En fullständig rapportering sker i samband med årsbokslut.

Utöver den rapportering som sker enligt ovan så utgör även kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen väsentliga uppföljningsdokument avseende kvalitetsarbetet.

#### **5.4.1 Bedömning**

Granskningen har visat att det systematiska kvalitetsarbetet i stor utsträckning är integrerad med övrig styrning och uppföljning av verksamheten. Genom de etablerade arbetssätt som finns i verksamheten där mål, uppdrag och resultatmål arbetas med och följs upp regelbundet på alla nivåer i organisationer är vår bedömning att nämnden säkerställt en ändamålsenlig struktur för uppföljning utifrån sin uppdragsplan. Detta bör dock inte förväxlas med nämndens uppföljning och utvärdering av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som bedöms ha vissa brister (se avsnitt 5.1.5).

Vad gäller kvalitetsberättelsen så bedöms även den kunna utvecklas ur uppföljningssynpunkt för att säkerställa att den omfattar all verksamhet som nämnden ansvarar för, se mer i avsnitt 5.3.3.

## **6 Styrning och uppföljning av kvalitet – externa utförare**

### **6.1 Styrning av kvalitet - avtalsvillkor**

Styrningen av kvalitet sker genom de avtal som tecknas med de externa utförarna. Det är avtalen som anger vilka krav som åligger dem avseende kvalitet och kvalitetsarbete.

I såväl de avtal som tecknas avseende utförande av hemtjänstinsatser som det avtal som tecknats avseende särskilt boende framgår att utförarna åtar sig att uppfylla de kvalitetskrav som kommunen ställer på verksamheten. Här framgår även att utförarna ska arbeta enligt kommunens kvalitetsdeklaration/värdighetsgarantier för hemtjänst respektive särskilt boende. Utförarna omfattas också av de mål och resultatmål som årligen fastställs i nämndens uppdragsplan. Som tidigare nämnts ansvarar utförarna för att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med gällande föreskrifter. Vidare specificeras övriga krav ytterligare i avtalsvillkoren. Krav ställs bland annat kring kompetens hos såväl verksamhetsansvarig och personal, genomförandepplaner, dokumentation, samverkan m.m.

Gällande krav på kvalitet förmedlas i huvudsak i samband med tecknande av avtal, då det sker en genomgång av att aktuell utförare lever upp till samma krav. I övrigt förs dialog kring kvalitetskrav då eventuell avtalsuppföljning sker, vilket inte sker regelbundet med samtliga utförare (se mer i avsnitt 6.2.4). Därtill kan information om gällande krav även kommuniceras under samverkansträffar eller att riktad information skickas ut. Av intervjuer har framkommit att det även finns en webbportal som de externa utförarna har tillgång till där information från kommunen förmedlas. Här läggs bland annat uppdragsplanen upp tillsammans med instruktioner för hur resultatmål ska rapporteras in. Kommunens kontaktperson för privata hemtjänstutförare informerar även om detta per mail till utförarna.

I vilken utsträckning och på vilken detaljnivå kraven förmedlas har inte framgått av granskningen. Av intervjuer har dock framkommit från en av de externa utförarna att denne inte uppfattat att det finns några krav på att arbeta mot de mål som nämnden fastställt eller de kvalitetsdeklarationer som finns.

### 6.1.1 Bedömning

Vilka krav som ställs på de externa utförarna framgår i huvudsak av gällande avtal och de dokument som hänvisas till där (bl a uppdragsplan). Trots att kraven framgår av gällande avtalsvillkor har granskningen visat att de inte är kända av alla utförare. Vår bedömning är därmed att dialogen med externa utförare behöver utvecklas för att kunna säkerställa att de ges rätt förutsättningar att bedriva verksamheten utifrån gällande krav.

## 6.2 Uppföljning av verksamhet och kvalitet

### 6.2.1 Övergripande

Enligt kommunallagen (5 kap, 3 §) ska fullmäktige för varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer ska följas upp. Detta saknas i Umeå kommun. Äldrenämnden har inte heller tagit fram någon plan eller motsvarande styrdokument som beskriver hur uppföljning ska ske utöver vad som framkommer av uppdragsplan och avtalsvillkor. I uppdragsplanen anges endast att den omfattar även de externa utförarna och avtalsvillkoren fastslår att uppföljning ska ske enligt vad som framgår nedan i avsnitt 6.2.2.

Uppföljning av den verksamhet som bedrivs av externa utförare följer en annan struktur och integreras endast i viss utsträckning med uppföljningen av verksamheten i egen regi.

### 6.2.2 Avtalsvillkor avseende uppföljning

Uppföljning ska enligt avtalen ske genom att utförarna årligen redovisar en kortfattad sammanställning av utförda prestationer samt uppnådda resultat vad gäller uppställda mål för verksamheten samt hur man arbetat under året med verksamhetens kvalitet. Detta ska göras i en verksamhetsberättelse som ska lämnas till kommunen senast den 31 januari för föregående år. Verksamhetsberättelsen ska också innehålla en redovisning över hur verksamheten under året arbetat med det systematiska kvalitetsarbetet inklusive en sammanställning av bland annat inkomna klagomål och avvikelser som inträffat under året. Utöver detta har kommunen även rätt att komplettera detta med egna besök i verksamheten och genom andra egna underlag som erhålls genom till exempel, enkätundersökning eller motsvarande. Utföraren är också skyldig att ta fram och tillhandahålla de uppgifter om verksamheten som kommunen begär in för att informera sig om verksamheten.

### 6.2.3 Organisation och struktur för uppföljning

Av intervjuer framkommer att det vid granskningstillfället saknas en tydlig och förankrad organisation för uppföljning av externa utförare. Utifrån funktioner och vad som delvis framgår av ansvarsfördelningen gällande kvalitetsarbetet kan det identifieras ett flertal funktioner i verksamheten som har/bör ha ansvar för att genomföra uppföljning, såväl separat som samlat. På individnivå ansvarar Utredning äldre för att följa upp att den enskilde får rätt insatser enligt beslut. På en mer övergripande nivå har MAS och SAS ansvar för att följa upp kvaliteten utifrån deras respektive uppdrag. Därtill har kontaktperson för privata hemtjänstutförare och biträdande upphandlingschef ett mer

eller mindre uttalat ansvar för uppföljning av såväl kvaliteten i verksamheten som övriga avtalsvillkor.

Av intervjuer har framkommit att den uppföljning som görs på individnivå av Utredning äldre lever upp till av nämnden fastställda målnivåer. Uppföljningen syftar till att säkerställa att den enskilde får rätt insats enligt beslut. Det finns rutiner för när och hur uppföljning ska ske, vilka uppges följas.

Till enheten för stöd och utveckling hör ett flertal stödfunktioner som har ett mer eller mindre uttalat ansvar för uppföljning av externa utförare, exempelvis MAS och SAS samt planeringssekreterare (tillika kontaktperson för privata hemtjänstutförare). Gällande hälso- och sjukvård i hemmet har MAS ett ansvar att säkerställa kvaliteten i verksamheten oavsett utförare. Av intervjuer framkommer att så också sker, bland annat genom utbildning, samverkansträffar, uppföljning av avvikelser, egenkontroller etc. Information, analyser och resultat som presenteras i patientsäkerhetsberättelsen omfattar såväl den verksamhet som bedrivs i egen regi som den verksamhet som bedrivs av externa utförare. Det uppges dock finnas svårigheter kring avvikelshanteringen då de externa utförarna inte använder sig av samma verksamhetssystem, vilket medför att det är svårare att komma åt journaler och följa upp avvikelser. I patientsäkerhetsberättelsen framgår även att det finns ett stort förbättringsutrymme gällande rapportering av läkemedelsrelaterade avvikelser från de privata utförarna. Här finns önskemål om tätare återkoppling gällande statistik, analys och åtgärder gällande läkemedelsrelaterade avvikelser. Enligt nuvarande avtal ska de privata utförarna årligen rapportera antalet avvikelser, hur dessa hanterats och vilka åtgärder som vidtagits för att förbättra kvaliteten i verksamheten.

SAS i sin tur har ett kvalitetsansvar och ska biträda och stödja med kompetens kring specifik lagstiftning och tillämpning för att säkerställa den enskildes rättssäkerhet. Av intervjuer framgår att SAS uppdrag i huvudsak omfattar den verksamhet som bedrivs i egen regi. Frågor från de externa utförarna, som rör kvalitet eller uppdraget i övrigt, uppges istället hanteras av kontaktperson för privata hemtjänstutförare eller biträdande upphandlingschef. Det ansvar som SAS uppges ha avseende de externa utförarna är att ta emot lex Sarah-rapporter/-anmälningar samt vid behov genomföra särskilda granskningar.

Kontaktperson för privata hemtjänstutförare har ett ansvar för att vara såväl kontaktperson som för att följa upp gällande avtal tillsammans med biträdande upphandlingschef. Av intervjuer framkommer dock att det inte är uttalat vad som ingår i uppdraget att vara kontaktperson för privata hemtjänstutförare. Den allmänna uppfattningen inom förvaltningen uppges dock vara att allt som rör de externa utförarna hanteras av kontaktpersonen, vilket kan innebära frågor om allt från IT till lokaler eller frågor kring kvalitet och det sociala innehållet. Av intervjuer framkommer att det finns en kultur i organisationen där externa utförare inte ses som en del av verksamheten, vilket anges som en förklaring till att ansvaret inte är mer utspritt i organisationen och att styrning och uppföljning inte hanteras på likartat sätt som egenregion.

Den del av uppdraget som avser uppföljning av avtal är inte ett uttalat ansvar där det finns tydliga krav, förväntningar och mål för uppföljningarna. I dagsläget är det kontaktperson för privata hemtjänstutförare och biträdande upphandlingschef som själva ansvarar för utformning av uppföljningen, det vill säga när, hur och på vilket sätt uppföljningen ska ske. Kontaktperson för privata hemtjänstutförare och biträdande

upphandlingschef som svarar för uppföljningen av externa utförare är inte involverade i uppföljning av egenregin.

### **6.2.3.1 Samverkan i uppföljningsarbetet**

Samverkan mellan de olika funktionerna i uppföljningsarbetet uppges inte ha fungerat på ett ändamålsenligt sätt. Det har bland annat saknats forum för biståndshandläggare att förmedla synpunkter/klagomål från Utredning äldre till kontaktperson för privata hemtjänstutförare. Här pågår dock ett utvecklingsarbete där man ska införa regelbundna träffar för att handläggarna dels ska kunna överföra information på ett strukturerat sätt, dels få återkoppling på hur informationen hanterats.

### **6.2.3.2 Pågående utvecklingsarbete - uppföljningsprogram**

Enligt uppgift så har äldreomsorgsdirektören, tillsammans med socialdirektören, uppdragit till enheten för stöd och utveckling att upprätta ett uppföljningsprogram för att tydliggöra roller och ansvarsfördelning i uppföljningsarbetet samt vilka uppgifter som åligger respektive funktion. Uppföljningsprogrammet beräknas vara klart under hösten 2019 och kommer då att lyftas till nämnderna (äldrenämnden och individ- och familjenämnden) för beslut.

### **6.2.4 Utformning av uppföljningen**

Uppföljningen av de externa utförarna som genomförs av kontaktperson för privata hemtjänstutförare och biträdande upphandlingschef består dels av att ta emot och granska utförarnas verksamhetsberättelser, dels av en särskild avtalsuppföljning<sup>13</sup> som sker utifrån bedömt behov (av ansvariga funktioner).

Verksamhetsberättelserna ska upprättas enligt särskild mall och lämnas in till kommunens senast 31 januari påföljande år. Kontaktperson för privata hemtjänstutförare och biträdande upphandlingschef läser igenom dessa rapporter och lämnar därefter en skriftlig återkoppling till respektive utförare. Av de verksamhetsberättelser vi tagit del av framgår att utförarna ska beskriva hur de arbetar med de olika delarna i det systematiska förbättringsarbetet. Beskrivningarna är på en övergripande nivå och det sker inga ytterligare kontroller för att verifiera informationen. Verksamhetsberättelserna innehåller inte heller något avsnitt kring måluppfyllelse eller rapportering av resultatmått utifrån nämndens uppdragsplan. Rapportering av resultatmått sker dock separat vid varje tertial. Det resultatmått som rapporteras in är andel personer som har en aktuell genomförandeplan.

Den särskilda avtalsuppföljningen innebär att det förs en fördjupad dialog och granskning av att utföraren lever upp till de krav som ställs i avtalet. Av intervjuer med utförare framkommer att uppföljningen främst sker genom intervjuer samt genom att verifiera att dokumentation finns. Någon mer fördjupad uppföljning av efterlevnaden av styrdokument etc. uppges inte ske. Enligt uppgift så genomförs dock intervjuer även med personal, i syfte att säkerställa att gällande riktlinjer och rutiner faktiskt är kända och används i verksamheten.

Av intervjuer framkommer att särskild avtalsuppföljning inte sker av samtliga utförare, på grund av tidsbrist. Vilka utförare som blir aktuella för denna avtalsuppföljning uppges inte följa någon särskild planering för att säkerställa att en fördjupad

<sup>13</sup> Särskild avtalsuppföljning sker i huvudsak av externa utförare inom hemtjänst, ej särskilt boende.

avtalsuppföljning sker av alla utförare inom en viss tidsperiod. Planering sker inför varje år, då ett antal företag väljs ut för avtalsuppföljning. Enligt uppgift följs oftast några större och några mindre företag upp samt om det är något särskilt företag där de fått in mycket synpunkter och klagomål. Om de inte får indikationer från handläggare eller brukare/anhöriga så är det mindre sannolikhet att det görs en avtalsuppföljning och det kan då dröja länge mellan uppföljningstillfällena. Hur många avtalsuppföljningar som görs per år påverkas också av övriga arbetsuppgifter som ansvariga funktioner har och vilken tid dessa tar i anspråk. Ansvariga funktioner uppger att detta medför att det är svårt att säkerställa kvaliteten i hela verksamheten. Av intervjuer framkommer dock att ansvariga funktioner upplever att de externa utförarna bedriver välfungerande verksamheter med god kvalitet.

Om uppföljningen visar på brister kan kommunen utfärda en varning och ställa krav på att bristerna ska åtgärdas. Innan en varning utfärdas förankras inte detta med någon annan utom ansvariga funktioner. Om det utfärdas varningar uppges dock att information om detta lämnas till äldreomsorgsdirektör för kännedom.

Det särskilda boende som bedrivs av extern utförare uppger att det inte sker någon uppföljning av avtalet och att de efterlever uppställda krav och avtalsvillkor, utöver den information som lämnas i verksamhetsberättelsen. Av intervjuer har framkommit att kontroll av att de lever upp till kraven i avtalet endast skett i samband med upphandling och avtalstecknande. Utöver det sker merparten av kontakten i samband med att verksamhetsberättelsen lämnas till kommunen samt att de rapporterar in resultatmätt tertiälvís enligt rutin.

### **6.2.5 Rapportering och uppföljning till nämnd**

Granskningen har visat att den uppföljning som sker avseende de externa utförarna i form av verksamhetsberättelse och särskild avtalsuppföljning dokumenteras och förvaras delvis hos kontaktperson för privata hemtjänstutförare, delvis hos upphandlingsbyrån. Vad som framkommer av verksamhetsberättelser och särskild avtalsuppföljning efterfrågas inte av, eller rapporteras till, nämnd eller ledning. Nämnden erhåller dock viss uppföljning som avser de externa utförarna genom kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen samt vid redovisning av Öppna jämförelser.

Av kvalitetsberättelsen uppges att företagens verksamhetsberättelser inkommer den 31 januari påföljande år och därmed inte ingår i kvalitetsberättelsen. Någon rapportering till nämnd om vad som framkommer av verksamhetsberättelserna sker därmed inte.

Denna bild bekräftas också i intervjuer med externa utförare som upplever att de inte får någon återkoppling i form av ex. kvalitetsberättelse för att på så sätt kunna jämföra sig med andra utförare. De uppger också att de saknar återkoppling kring vad som händer med den information som de rapporterar in genom verksamhetsberättelsen. Vidare upplever intervjuade utförare att den uppföljning som sker i huvudsak är inriktad på kontroll av att dokument och rutiner finns på plats och efterfrågar istället ett tydligare fokus på kvalitetsutveckling och uppföljningar av hur det fungerar i praktiken inom vissa områden.

## 6.2.6 Bedömning

Uppföljning av de externa utförarna ska utgå från ett kommunövergripande program som är fastställt av fullmäktige (kommunallagen, 5 kap. 3 §). Fullmäktige i Umeå kommun har dock inte antagit ett sådant program, vilket vi bedömer är anmärkningsvärt. Granskningen har också visat att det inte heller finns en tydlig styrning från äldreutskottet om vilken uppföljning som ska ske, och hur denna ska utformas, avseende externa utförare.

De villkor som ställs i gällande avtal avseende uppföljning är förhållandevis öppna och möjliggör för nämnden att begära in den uppföljning som den önskar. Av granskningen har dock framkommit att det i verksamheten upplevs finnas en begränsning i vilken uppföljning som kommunen kan begära in. Vi har noterat att detta medför att vissa uppgifter inte hämtas in, eller inte hämtas in vid den tidpunkt som hade behövts för att kunna integrera uppföljningen externa utförare med övrig kvalitets- och verksamhetsuppföljning. Enligt vår bedömning är detta en snäv tolkning av det som anges i avtalet. Nämnden har, enligt vår bedömning, möjlighet att utforma uppföljningen (både innehållsmässigt och tidsmässigt) utifrån samma struktur och tidplan som övrig verksamhet (med nuvarande avtalsvillkor).

Vidare har granskningen visat att det finns stora brister i organisationen kring de externa utförarna. Det är inte tydligt hur ansvaret är fördelat i förvaltningen för att säkerställa kvaliteten i den verksamheten som bedrivs i extern regi, eller att de ges rätt förutsättningar för det. I dagsläget är det kontaktperson för privata hemtjänstutförare tillsammans med biträdande upphandlingschef som ansvarar för uppföljningen. Vad som ingår i det uppdraget är dock inte uttalat och inte heller hur uppföljningen ska utformas och rapporteras. Trots detta bedömer vi att uppföljning sker, som i viss utsträckning motsvarar gällande avtalsvillkor. Det finns dock behov av att utveckla uppföljningen för att säkerställa att samtliga delar följs upp och att de är synkroniserade med övrig uppföljning. Exempelvis bör uppföljningen innehålla en återrapportering utifrån de av nämndens mål och uppdrag som är tillämpliga även för de externa utförarna. Det bör även finnas en tidplan för uppföljningen som gör det möjligt att integrera resultatet med övrig verksamhetsuppföljning.

Granskningen har visat att det inte finns någon efterfrågan från nämnd avseende den uppföljning som sker avseende kvalitet i verksamhet som bedrivs av externa utförare. Utöver den sammanställning som görs i kvalitetsberättelsen så sker ingen övrig återrapportering kring verksamhet och kvalitet. Enligt vår bedömning har nämnden därmed inte säkerställt en tillräcklig uppföljning av kvalitet i den verksamhet som bedrivs i extern regi. Nämnden har inte heller säkerställt att den får en rapportering som möjliggör för den att följa hur kvaliteten utvecklas hos de olika utförarna. För att möjliggöra detta behöver nämnden säkerställa att det finns en tydlig organisation och ansvarsfördelning för arbetet. Vidare behöver nämnden ta fram en struktur för hur den vill att uppföljningen av kvalitet ska utformas, dvs. vad som ska följas upp, hur den ska följas, vem som ansvarar för det samt när det ska ske. Det behöver också tydliggöras hur och när rapportering till nämnden ska ske och hur resultatet ska användas.

Vidare har granskningen visat att det i verksamheten saknas en helhetssyn kring kvalitet i verksamheten. Nämnden har det övergripande ansvaret för all verksamhet, oavsett om den bedrivs i egen regi eller i extern regi. Styrning och uppföljning av kvalitet sker dock inte samordnat. Detta bedömer vi medför en risk i att olika krav ställs på utförarna, vilket i sin tur kan leda till omotiverade skillnader i kvalitet.



## 7 Jämförelse med andra kommuner – kvalitetsindikatorer

Socialstyrelsen och SKL publicerar årligen en rapport med öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre. Syftet med öppna jämförelser är att stimulera kommuner till kunskapsutveckling och att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten. De rapporter som går att ta del av och de indikatorer som presenteras i dessa ger en bred bild av både vården och omsorgen om äldre.

I den senast tillgängliga rapporten<sup>14</sup> redovisas resultat för 2017 och 2018. Av rapporten framgår att Umeå kommun har en något lägre andel äldre än jämförbara kommuner. Kostnadsmässigt har Umeå kommun dock en högre kostnad för särskilt boende än jämförbara kommuner. Kostnaderna för hemtjänst är dock lägre. Sammantaget visar jämförelsetalen även att kommunen har en högre kostnadsnivå för sin äldreomsorg, vilket får genomslag i en nettokostnadsavvikelse motsvarande 10.6 % (2018). Detta innebär alltså att äldreomsorgen i Umeå kommun bedrivs på en högre kostnadsnivå än vad som är förväntat utifrån kommunens struktur. Detta kan vara ett medvetet val från kommunen i form av en högre kvalitet och/eller indikera brister i kostnadseffektivitet.

Ser man till de kvalitetsindikatorer som mäts för hemtjänst indikerar dessa att brukarna i Umeå kommun generellt sett är nöjda med de insatser och bemötande de får från såväl kommunens hemtjänst som från den hemtjänst som bedrivs i enskild regi. För några av indikatorerna kan vi se att det tycks finnas en tendens att brukarna i enskild regi är mer nöjda än i offentlig regi, bland annat vad gäller deras bedömning avseende bemötande, förtroende och trygghet samt kring inflytande och om personalen upplevs ha tillräckligt med tid.

Kvalitetsindikatorerna för särskilt boende presenteras endast för boendena i offentlig regi visar inte en lika god nöjdhet som för hemtjänst. I förhållande till jämförbara kommuner så ligger Umeå dock på motsvarande nivå när det gäller sammantagna brukarnöjdheten i särskilt boende och likaså gällande den övriga brukarupplevelsen (aktiviteter och känsla av ensamhet, bemötande, förtroende och trygghet, inflytande etc.)

Ser man till de kvalitetsindikatorer som presenteras avseende sammanhållen vård avser flera av dem användande av läkemedel. Flera av de indikatorerna som presenteras i rapporten indikerar att det kan finnas risker gällande läkemedelsanvändningen för äldre i kommunen. Vi kan också notera att för flertalet av indikatorerna har det också skett en negativ utveckling mellan 2017 och 2018.

I rapporten presenteras även en rad indikatorer avseende kunskapsbaserad verksamhet, vilket kopplar samman till nämndens uppdragsplan (se nedan) som anger att kvalitet i verksamheten ska säkras genom att utgå från evidensbaserad praktik. Av dessa indikatorer framgår bland annat att verksamheten själva uppgett dels att det inte finns en samlad planering för personalens kompetensutveckling, dels att det inte tycks finnas ett arbetssätt för att återföra verksamhetens resultat till utveckling och lärande.

För en mer detaljerad redogörelse av de indikatorer som hänvisas till ovan, se bilaga 2.

---

<sup>14</sup> Öppna jämförelser 2019

## 7.1 Bedömning

Denna övergripande jämförelse indikerar på en jämförelsevis god nivå på äldreomsorgen i Umeå kommun. Som för de flesta kommunerna finns det dock utvecklingsbehov och områden som signalerar risker. Vad vi framförallt noterat är den negativa utvecklingen avseende läkemedelsanvändning för äldre i kommunen, vilket i sin tur kan få påverkan såväl på antalet fallskador som inläggningar i slutenvården.

Utöver detta noterar vi också att verksamheten uppger att man inte återanvänder resultat för att utveckla verksamheten. Något som vi bedömer som grundläggande för det systematiska kvalitetsarbetet d.v.s. att avvikelser, resultatutveckling i övrigt analyseras och diskuteras såväl på enhetsnivå som verksamhetsnivå för att skapa lärande i organisationen.

Till det kan vi också se att kommunen tycks ha jämförelsevis höga kostnader för sin äldreomsorg och framförallt det särskilda boendet jämfört med andra kommuner. Detta trots att man har en lägre andel äldre i sin befolkning än jämförbara kommuner.

## 8 Slutsats och rekommendationer

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att äldrenämnden inte har säkerställt ett ändamålsenligt och effektivt kvalitetsledningssystem som omfattar all verksamhet.

Vi bedömer dock att nämnden i tillräcklig utsträckning säkerställt en ändamålsenlig styrning och uppföljning av kvalitet i den verksamhet som bedrivs i egen regi. Kvalitetsarbetet är integrerat med verksamhetsstyrningen och följer en fastställd struktur. Arbetet sker på alla nivåer i verksamheten och nämnden får en regelbunden rapportering och uppföljning av hur arbetet fortgår, kopplat till såväl mål och resultatmätt som till det förbättringsarbete som bedrivs i verksamheterna. Detta ger nämnden goda förutsättningar att följa arbetet och ta beslut/göra eventuella prioriteringar vid behov. Det bedöms dock finnas brister i det systematiska förbättringsarbetet som sker i verksamheterna. Detta då det inte finns ett strukturerat arbete med bland annat riskanalyser och egenkontroller, som enligt föreskrifterna utgör väsentliga grunder i ett systematiskt förbättringsarbete. Arbetet behöver därmed utvecklas för att säkerställa att det sker i enlighet med föreskrifternas krav.

Nämndens styrning och uppföljning av kvalitet i den verksamhet som bedrivs av externa utförare bedömer vi är bristfällig. Det finns funktioner som tillser att uppföljning genomförs med viss systematik. Det saknas dock en tydlig organisation och ansvarsfördelning för arbetet. Det säkerställs inte i tillräcklig utsträckning att utförarna känner till samtliga kvalitetskrav. Nämnden har heller inte tydliggjort vilken uppföljning som ska ske och hur den ska utformas. Inte heller ställs några krav på att uppföljningen ska återrapporteras till nämnd. Viss rapportering sker dock till nämnd, bland annat genom kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse och redovisning av Öppna jämförelser. Det som framkommer av utförarnas verksamhetsberättelser och den fördjupade avtalsuppföljning som sker, som ger en bredare bild av utförarnas verksamhet och kvalitet, rapporteras dock inte till nämnd.

Då nämnden inte tydliggjort hur styrning och uppföljning ska ske avseende de externa utförarna bedöms inte nämnden kunna säkerställa en tillräcklig uppföljning av kvalitet i verksamheten som bedrivs i extern regi. Nämnden har inte heller säkerställt en

rapportering och uppföljning som gör det möjligt att följa utvecklingen av kvalitet hos de olika utförarna. Det pågår dock ett arbete i förvaltningen att ta fram ett uppföljningsprogram avseende externa utförare för att tydliggöra roller och ansvarsfördelning i uppföljningsarbetet samt vilka uppgifter som åligger respektive funktion. Detta bedöms vara en positiv utveckling som bör kunna medföra en ökad tydlighet i arbetet och en ökad möjlighet för nämnden att säkerställa att all verksamhet bedrivs med god kvalitet.

Nämnden har det övergripande ansvaret för all verksamhet, oavsett om den bedrivs i egen regi eller i extern regi. Utifrån vad som framkommit av granskningen bedömer vi sammantaget att det saknas en helhetsyn kring kvalitet i nämndens verksamhet, där det bland annat föreligger skillnader i vilka krav på uppföljning som nämnden efterfrågar av utförare i egen regi respektive extern regi. Nämnden bedöms därmed sammantaget inte kunna säkerställa en tillräcklig uppföljning av äldreomsorgens kvalitet.

## 8.1 Svar på revisionsfrågor

Har äldrenämnden säkerställt ändamålsenliga system och rutiner för kvalitetsarbetet?	Ja, genom det ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som nämnden fastställt och de arbetssätt och rutiner som är kopplat till detta. Detta avser dock endast den verksamhet som bedrivs i egen regi.
Är kraven på det kontinuerliga kvalitetsutvecklingsarbetet känt och förankrat i organisationen?	Ja, det finns en struktur i verksamheten som i tillräcklig utsträckning säkerställer att de krav som ställs på kvalitetsutvecklingsarbetet är kända på alla nivåer i organisationen.
Finns en tydlig organisation med ansvar och roller för kvalitetsuppföljning?	Ja, i ledningssystemet finns en tydlig beskrivning av hur ansvaret är fördelat i organisationen vad gäller det systematiska kvalitetsarbetet och uppföljningen av detta. Detta avser dock endast den verksamhet som bedrivs i egen regi. Organisation och ansvarsfördelningen avseende kvalitetsuppföljning hos externa utförare har stora brister.
Har äldrenämnden säkerställt tillräcklig uppföljning av äldreomsorgens kvalitet kopplat till mål, uppdrag och värdighetsgarantier?	Nej. I de verksamheter som bedrivs i egen regi finns en god struktur för uppföljningen av verksamhet och kvalitet. Uppföljning av kvalitet hos de externa utförarna saknar motsvarande struktur och nämnden kan därmed inte sägas ha säkerställt en tillräcklig uppföljning ur ett helhetsperspektiv.
Har äldrenämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av kvaliteten i äldreomsorgen som bedrivs i extern regi?	Nej. Det saknas en organisation och ansvarsfördelning för kvalitetsuppföljningsarbetet. Det saknas också en struktur för hur nämnden vill att uppföljningen av kvalitet ska utformas, dvs. vad som ska följas upp, hur den ska följas, vem som ansvarar

	för det samt när det ska ske. Det saknas också en struktur för hur och när rapportering till nämnden ska ske och hur resultatet ska användas.
Får nämnden en rapportering som möjliggör att följa hur kvalitetsutvecklas hos de olika utförarna?	Nej. Utöver den information som nämnden får i kvalitetsberättelsen, patientsäkerhetsberättelsen och presentationen av Öppna jämförelser får inte nämnden del av den uppföljning som sker avseende de externa utförarna (som närmare beskriver verksamheternas arbete och kvalitet).
Har äldrenämnden säkerställt delaktighet och inflytande hos brukarna?	Ja. Detta sker genom systematiska arbetssätt i verksamheterna (personcentrerat förhållningssätt och IBIC) samt att regelbundna uppföljningar och kontroller sker av genomförande och dokumentation som bland annat fångar in brukarnas delaktighet.
Finns en kontinuerlig dialog med externa utförare där krav på kvalitet kan förmedlas?	Nej. Krav förmedlas i huvudsak i samband med avtalstecknande och i de fall avtalsuppföljning sker. Granskningen visar dock att samtliga utförare inte känner till samtliga krav samt att avtalsuppföljning inte sker strukturerat av samtliga utförare.

## 8.2 Rekommendationer

Utifrån vår bedömning och slutsats rekommenderar vi äldrenämnden att:

- Säkerställa att det sker en tillräcklig och likvärdig rapportering och uppföljning avseende kvaliteten i all verksamhet, oavsett utförare.
- Tillse att arbetet med att ta fram ett uppföljningsprogram slutförs och att detta omfattar samtliga delar som krävs för att säkerställa en ändamålsenlig organisation och utformning av uppföljningen av externa utförare
- Tillse att verksamheternas systematiska förbättringsarbete bedrivs i enlighet med nämndens ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet såväl som gällande föreskrifter (SOSFS 2011:9)
- Tillse att avvikelser dokumenteras och hanteras på ett ändamålsenligt sätt för att säkerställa att de åtgärder som vidtas bidrar till att minska risken att de inträffar igen.
- Se över om och hur kvalitetsberättelsen kan inkludera det kvalitetsarbetet som bedrivs även av externa utförare, för att ge en mer samlad bild av hur arbetet bedrivs i nämndens samlade verksamhet.

Vidare rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Utifrån sitt beredningsansvar tillse att ett program för privata utförare tas fram i enlighet med kommunallagen 5 kap. 3 §, för fastställande av fullmäktige.

Datum som ovan

KPMG AB

Liz Gard  
*Certifierad kommunal revisor*

Mikael Lind  
*Certifierad kommunal revisor*

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

## Bilaga 1. Kvalitetsdeklarationer – hemtjänst och vårdboende

Nedan framgår de löften som anges i kvalitetsdeklarationerna avseende hemtjänst och vårdboende i Umeå kommun. Kvalitetsdeklarationerna är fastställda av dåvarande sociala nämnder (2014-02-26).

De löften som anges i kvalitetsdeklarationen avseende *hemtjänst* är:

- Ditt självbestämmande och din delaktighet respekteras genom regelbunden dialog i din vardag.
- Du får möta personal som har god kunskap i sitt yrke och har relevant inskolning.
- Du får en kontaktpersonal som du kan känna extra förtroende för. Om du inte är nöjd med din kontaktpersonal så har du möjlighet att byta.
- Du får ett välkomstsamtal inom en vecka med din kontaktpersonal och, om du så önskar, tillsammans med dina närstående.
- Det ska vara enkelt för dig att komma i kontakt med ansvarig chef.
- Du får veta vilken personal det är som kommer och hjälper dig.
- Personalen alltid kan visa tjänstelegitimation.
- Att hålla överenskomna tider med en marginal på 30 minuter. Vid förändringar meddelar vi dig.
- Du i möjligaste mån får bestämma hur många olika personal som hjälper dig.

De löften som anges i kvalitetsdeklarationen avseende *vårdboende* är:

- Ditt självbestämmande och din delaktighet respekteras genom regelbunden dialog i din vardag.
- Du får möta personal som har god kunskap i sitt yrke och har relevant inskolning.
- Du får en kontaktpersonal som du kan känna extra förtroende för. Om du inte är nöjd med din kontaktpersonal så har du möjlighet att byta.
- Du får ett välkomstsamtal inom en vecka med din kontaktpersonal och, om du så önskar, tillsammans med dina närstående.
- Det ska vara enkelt för dig att komma i kontakt med ansvarig chef.
- Du får veta vilken personal det är som kommer och hjälper dig.
- Du ges möjlighet till socialt och kulturellt innehåll, fysiska aktiviteter och utevistelse.
- Du som vårdas i livets slutskede inte ska lämnas ensam om du inte önskar det.

## Bilaga 2. Kvalitet i kommunens äldreomsorg

Socialstyrelsen och SKL publicerar årligen en rapport med öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre. Syftet med öppna jämförelser är att stimulera kommuner till kunskapsutveckling och att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten. Aktuell rapport som vi tagit del av redovisar resultat för år 2017 och 2018 och belyser kvaliteten på vården och omsorgen utifrån olika perspektiv och områden. De indikatorer som rapporten beskriver är möjliga för kommunerna att påverka. Indikatorerna ger en bred bild av både vården och omsorgen om äldre.

Uppgifterna bygger på nationella enkätundersökningar, Socialstyrelsens kommun- och enhetsundersökning samt Kommun och landstingsdatabasen (Kolada, SKL) och nationella kvalitetsregister såsom Senior Alert och BPDS avseende demens.

I vissa fall är tabellerna nedan färgade (grönt, gult och rött). Grönt betyder att kommunens värde för indikatorn hör till de 25 procent av kommunerna med bäst värden i förhållande till de andra kommunerna. Rött får de 25 procent av kommunerna med sämst värde och gult gäller de 50 procent av kommunerna som ligger mitt emellan. Jämförelserna mellan kommunerna är relativa och varken rikets medelvärde eller ett grönt resultat behöver i sig vara ett bra resultat. Det finns i dag inga målnivåer på nationell nivå för respektive indikator. En av fördelarna med den färgsatta jämförelsen är att det är lätt att få en överblick. De relativa jämförelserna är också användbara så länge det inte finns några exakta och överenskomna målvärden för de enskilda indikatorerna.

### Bakgrundsfakta och kostnader/resurser

Indikator	Umeå		Liknande kommuner		Riket	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Kostnad hemtjänst äldreomsorg, kr/hemtjänsttagare	226 322	223 007	259 818	272 668	...	...
Kostnad hemtjänst äldreomsorg, kr/inv 65+	18 888	19 608	20 339	20 970	20 383	...
Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/brukare	825 749	833 440	760 691	799 103	...	...
Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/inv 65+	39 209	38 543	35 473	36 508	34 543	...
Nettokostnadsavvikelse äldreomsorg, (%)	13,5	10,6	2,6	3,8	...	...
Invånare 65+ med hemtjänst i ordinärt boende, (%)	8,3	8,8	8,2	8,2	...	...
Invånare 65+ i särskilda boendeformer, andel (%)	4,7	4,6	4,8	4,7	...	...
Invånare 80+, andel (%)	4,0	4,1	4,7	4,7	...	...
Invånare 65+, antal	20 788	21 281	22 130	22 476	...	...

Tabellen ovan visar att Umeå kommun har en något lägre andel äldre än kommunerna i Umeå kommuns jämförelsegrupp. På kostnadssidan är det framförallt särskilt boende som avviker från jämförelsegruppen och med betydligt högre kostnader både utslaget per brukare samt per invånare 65+. Sammanställningen visar också att kommunen har en högre kostnadsnivå för sin äldreomsorg vilket får genomslag i en nettokostnadsavvikelse motsvarande 10.6 %. Detta innebär alltså att äldreomsorgen i Umeå kommun bedrivs på en högre kostnadsnivå än vad som är förväntat utifrån kommunens struktur. Detta kan vara ett medvetet val från kommunen i form av en högre kvalitet och/eller indikera brister i kostnadseffektivitet.

## Kvalitetsindikatorer hemtjänst

Indikator	Umeå		Enskild regi Umeå		Offentlig regi Umeå		Liknande kommuner Umeå		Riket	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	94	94	92	94	95	95	89	88	89	88
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande, förtroende och trygghet, andel (%)	38	42	44	45	34	39	35	35	36	36
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - inflytande och tillräckligt med tid, andel (%)	62	68	68	72	57	63	59	60	56	57
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde	13	13	...	...	...	...	14	15	...	...
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, andel (%)	...	...	4	6	4	3	6	6	6	7

Kvalitetsindikatorerna i tabellen ovan indikerar att brukarna i Umeå kommun generellt sett är nöjda med de insatser och bemötande de får från såväl kommunens hemtjänst som från den hemtjänst som bedrivs i enskild regi. I någon av indikatorerna kan vi se att det tycks finnas en tendens att brukarna i enskild regi är mer nöjda än i offentlig regi. Tabellen visar också att kommunen haft en positiv utveckling i samtliga indikatorer mellan 2017 och 2018.

## Kvalitetsindikatorer särskilt boende

Indikator	Umeå		Enskild regi Umeå		Offentlig regi Umeå		Liknande kommuner Umeå		Riket	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	85	82	...	...	85	82	83	82	82	81
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - aktiviteter och känsla av ensamhet, andel (%)	47	54	...	...	47	54	47	54	46	53
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - bemötande, förtroende och trygghet, andel (%)	35	37	...	...	35	36	38	37	38	38
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - inflytande och tillräckligt med tid, andel (%)	42	40	...	...	42	39	40	42	41	42
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - kontakt med personal, andel (%)	42	41	...	...	42	42	43	42	39	41
Personer 65+ år i särskilt boende med risk för trycksår grad 1 med ordination av tryck-utjämnande underlag, andel (%)	42	46	...	...	...	...	34	37	34	36
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%)	79	76	...	...	...	...	55	61	56	61
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - svåra besvär av ångslan, oro eller ångest, andel (%)	10	12	...	...	...	...	13	14	13	12

Tabellen ovan visar indikatorer inom kommunens särskilda boenden för äldre. Av tabellen ovan framgår att kommunen ligger väl till i jämförelse med andra kommuner när det gäller den sammantagna brukarnöjdheten i särskilt boende och likaså gällande den övriga brukarupplevelsen. Likaså visar indikatorerna kring riskbedömning och åtgärder av personer med risk för trycksår grad 1 och brukare med risk för fall, undernäring, trycksår eller bristande munhälsa jämförelsevis positivt utfall.



Brukarbedömningen kring ängslan, oro eller ångest har förbättrats i kommunen och ligger 2018 på samma nivå som rikssnittet.

### Kvalitetsindikatorer sammanhållen vård

Indikator	Umeå	
	2017	2018
år		
Avlidna som före döden fått informerande samtal om att han/hon är döende, andel (%) (-2017)	73	
Avlidna som smärtskattats, andel (%) (-2017)	76	
Personer 65+ med frakturer på lår och höft, antal/100 000 inv	873	
Fallskador bland personer 80+, 3-årsm, antal/1000 inv.	69	
Personer 75+ år i särskilt boende med antipsykotiska läkemedel, andel (%)	18.3	18.9
Personer 75+ år i särskilt boende med olämpliga läkemedel, andel (%)	5.9	7.3
Personer 75+ år i särskilt boende med tio eller fler läkemedel, andel (%)	38.5	42.7
Personer 75+ år i särskilt boende med tre eller fler psykofarmaka, andel (%)	19.6	21.4
Personer 75+ år med hemtjänst med antipsykotiska läkemedel, andel (%)	4.5	5.6
Personer 75+ år med hemtjänst med olämpliga läkemedel, andel (%)	11.7	10.5
Personer 75+ år med hemtjänst med tio eller fler läkemedel, andel (%)	31.6	32.7
Personer 75+ år med hemtjänst med tre eller fler psykofarmaka, andel (%)	6.9	7.1
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudna inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	55	51

Ovan redovisas ett antal indikatorer inom området sammanhållen vård. Detta är ett område där kommunen för de flesta indikatorerna är beroende av samverkan och samarbete med regionen för att ett förbättringsarbete ska ske. Som framgår av tabellen berör flertalet områden användandet av läkemedel.

Läkemedelsbehandling syftar till att bidra till god hälsa och ökad livskvalitet. Det är den vanligaste medicinska behandlingen för äldre personer, speciellt för äldre med omfattande behov som får vård och omsorg i särskilt eller ordinärt boende. En omfattande läkemedelsanvändning innebär dock en risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Detta gäller särskilt för äldre personer, eftersom hög ålder medför förändringar i kroppen som ökar känsligheten för många läkemedel. En av tio akuta inläggningar på sjukhus av äldre personer beror helt eller delvis på läkemedelsbiverkningar. Läkemedel är också en av de vanligaste orsakerna till fallolyckor bland äldre och kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd.<sup>15</sup>

Som framgår av tabellen ovan indikerar flera av indikatorerna att det kan finnas risker gällande läkemedelsanvändningen för äldre i kommunen. För flertalet av indikatorerna har det också skett en negativ utveckling mellan 2017 och 2018.

### Indikatorer kunskapsbaserad verksamhet

Nedan redovisas några av de indikatorer som följs upp bland landets kommuner avseende kunskapsbaserad vård och omsorg för äldre. Enligt vår mening är detta grunden till systematiken i kraven på systematiskt kvalitetsarbete inom verksamheten d.v.s. dels att det finns rutiner och processer för att säkerställa verksamheten, dels att

<sup>15</sup> Socialstyrelsen Öppna jämförelser 2018 – Vård och omsorg om äldre

erfarenheter från uppföljning av verksamheten används för att utveckla densamma och lära nytt.

Indikator (Ja, för alla=2, Ja, men inte för alla=1, Nej=0)	Umeå		
	2017	2018	2019
Aktuell samlad plan för personalens kompetensutveckling inom äldreomsorg,	0	0	0
Aktuell rutin vid indikation på att en vuxen utsatts för våld inom äldreomsorg	0	1	1
Aktuell rutin vid missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel inom äldreomsorg	1	1	1
Aktuell rutin vid missbruk av läkemedel inom äldreomsorg,	0	0	0
Multiprofessionella team för personer med demenssjukdom i ordinärt boende	0	1	
Strukturerat arbetssätt används vid alla utredningar för personer i särskilt boende,	0	2	0
Strukturerat arbetssätt används vid alla utredningar för personer i ordinärt boende	0	2	1
Strukturerat arbetssätt används vid alla uppföljningar för personer i särskilt boende	0	2	0
Strukturerat arbetssätt används vid alla uppföljningar för personer i ordinärt boende	0	2	1
Använt resultat för att utveckla verksamheten för klienter inom ordinärt boende äldreomsorg	0	0	0
Använt resultat för att utveckla verksamheten för klienter inom särskilt boende äldreomsorg	0	0	0

Utifrån tabellen ovan är det inte möjligt att uttala sig kring kvaliteten i verksamheten eller om eventuella brister i systematiken inom verksamheten för att utveckla kvaliteten utan ytterligare uppföljning. Av tabellen framgår dock att verksamheten själva uppgett dels att det inte finns en samlad planering för personalens kompetensutveckling, dels att det inte tycks finnas ett arbetssätt för att återföra verksamhetens resultat till utveckling och lärande. Arbetssätt och metoder vid utredningar både för särskilt boende och för ordinärt boende visar på variationer mellan åren. En förklaring till detta skulle kunna vara att det pågår ett utvecklingsarbete för införande av metoden IBIC (Individens behov i centrum) och att förvaltningen inte ännu infört detta för samtliga utredningar och uppföljningar om de äldres behov.