

Revisionsrapport

Anders Törnqvist
Ellen Håkansson

December 2018

Granskning av samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom hemtjänsten

Solna stads revisorer

1 Innehållsförteckning

1.	Inledning	1
1.1	Bakgrund och uppdrag.....	1
1.2	Revisionsfråga.....	1
1.3	Metod och genomförande	2
1.4	Revisionskriterier	2
2	Resultat.....	3
2.1	Allmänt om mål, styrning och organisering	3
2.2	Uppnådd kvalitet	4
2.3	Granskningens kontrollfrågor	7
2.3.1	Görs en samlad värdering av kvalitetsrisker?	7
2.3.1.1	Riskanalyser och egenkontroll.....	10
2.3.1.2	Bedömning.....	11
2.3.2	Finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys?.....	11
2.3.2.1	Bedömning.....	12
2.3.3	Kompletteras övergripande uppföljningar i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker genom stickprov och kontroll av verksamheter?.....	12
2.3.3.1	Bedömning.....	13
3	Svar på revisionsfrågan.....	14

1. Inledning

1.1 Bakgrund och uppdrag

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft den 1 januari 2012. Föreskrifter är tvingande medan allmänna råd är rekommendationer.

Föreskrifterna är gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamheter enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Föreskrifterna och allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas och anger att det är den som bedriver äldreomsorg som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det skall även användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Revisorerna har i sin risk och väsentlighetsanalys diskuterat och värderat vilka risker som finns kopplat till stadens kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. En förstudie har även genomförts inom området för att ge ytterligare vägledning inför föreslagen granskningsinsats. Det huvudsakliga riskområdet som uppmärksammades via genomförd förstudie berörde ur flera aspekter samordning, värdering samt stöd och prioritering i efterföljande arbete med att säkra och utveckla kvaliteten inom äldreomsorgen/hemtjänsten. Avsaknaden av, alternativt brister kopplat till, ovan nämnda hantering riskerar leda till att nämnden inte på ett tillfredsställande sätt kan säkra, följa och reagera på signaler om kvalitetsbrister i verksamheten.

1.2 Revisionsfråga

Granskningen ska besvara frågan om omvårdnadsnämnden säkerställer en tillräcklig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

För att besvara revisionsfrågan har följande kontrollfrågor varit vägledande under granskningen:

- Görs det en samlad värdering och analys av kvalitetsrisker inom hemtjänstverksamheten?
- Finns det en tydlig koppling mellan prioriterade riskområden, val av kontrollaktiviteter och efterföljande uppföljning och analys?
- Kompletteras övergripande uppföljningar i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker genom stickprov och kontroll av verksamheter?

1.3 Metod och genomförande

Granskningen har utförts genom studier av dokument, såsom exempelvis kvalitetsberättelse, patientberättelse, rapporter från verksamhetsbesök vid avtalsuppföljningar samt resultat från brukarundersökningar.

Intervjuer har gjorts med förvaltningsledning, företrädare för myndighetsfunktionen, ledning och personalrepresentanter för egenregiverksamheten samt med representanter från staben för kvalitetsutveckling.

Granskning är avgränsad till hemtjänstverksamheten.

De intervjuade har haft möjlighet att lämna synpunkter på ett utkast till rapporten.

1.4 Revisionskriterier

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

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

2 Resultat

2.1 Allmänt om mål, styrning och organisering

Omvårdnadsnämnden ansvarar för stadens äldreomsorg samt för omsorg om personer med funktionsnedsättning. Ansvarsområdet omfattar myndighetsutövning och verksamheterna styrs i stor utsträckning av socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Bland de verksamheter som nämnden ansvarar för finns boende, omsorg och service i ordinärt boende, daglig verksamhet, dagverksamhet, hälso- och sjukvård inom LSS-området m.m.

Styrningen i Solna stad utgår från ett system för samlad ekonomi- och verksamhetsstyrning samt gällande lagstiftning, föreskrifter och nationella mål för den kommunala verksamheten. Utgångspunkten är en sammanhållen målstyrning, där kommunfullmäktige anger inriktning och ekonomiska ramar för styrelse och nämnder. Det sker i Solna stads verksamhetsplan och budget, som är stadens främsta styrdokument. Den årliga verksamhetsplanen och budget kompletteras inom vissa områden med andra styrande dokument som policyer, strategier, riktlinjer, planer och program.

Omvårdnadsnämnden ska, med utgångspunkt från kommunfullmäktiges inriktning, precisera och fastställa en verksamhetsplan och budget utifrån föreslagna ekonomiska ramar. Hänsyn ska tas till viktiga förändringar i omvärlden såsom ändringar i lagstiftningen och förändringar i befolkningsstrukturen. Nämnden ska till sin verksamhetsplan och budget besluta om internkontrollplan och konkurrensplan för verksamheten.

Utifrån nämndens mål samt ekonomiska ramar ska förvaltningsledningen utarbeta verksamhetsplan och budget i dialog med sina enheter. Enheterna ska arbeta fram sina mål/aktiviteter, vilka i sin tur ska brytas ned till individuella mål/aktiviteter för varje medarbetare. De individuella målen/aktiviteterna tydliggör medarbetarens ansvar och befogenhet i det gemensamma arbetet med att uppnå enhetens, nämndens och stadens mål.

I Solna stads styr- och uppföljningssystem ingår uppföljning och utvärdering. Omvårdnadsnämnden ansvarar för att verksamheten följs upp och utvärderas i den omfattning som krävs för att ha en god kontroll. Befarade avvikelser, som inte är ringa, ska omgående informeras om till kommunstyrelsen som har uppsikt över nämndernas verksamhet, uppföljning och utvärdering.

Nämndmålen pekar ut kommunfullmäktiges övergripande prioriteringar och strategiska ställningstaganden för respektive nämnd.

Omvårdnadsnämndens nämndmål för 2018 är:

- Solnabor 65 år och äldre som har hemtjänst, boende på vård- och omsorgsboende och personer med funktionsnedsättning ska känna sig trygga, få ett gott bemötande och vara nöjda.
- Omvårdnadsnämnden ska säkerställa att insatser ges utifrån brukarnas behov med fokus på ett helhetsperspektiv, i bred samverkan med andra nämnder, landstinget och myndigheter.
- Omvårdnadsnämnden ska arbeta för fler boendeanternativ på hemmaplan i Solna för personer med funktionsnedsättning.
- Den upplevda ensamheten bland solnabor, som har hemtjänst eller som är boende på vård- och omsorgsboende, ska minska.

Till varje nämndmål finns kopplat en beskrivning av de huvudsakliga aktiviteter som ska genomföras för att nå målen.

Omvårdnadsnämndens förvaltning – omvårdnadsförvaltningen - ansvarar för stadens äldreomsorg samt för omsorg om personer med funktionsnedsättning. Organisatoriskt består omvårdnadsförvaltningen av förvaltningschef med två staber, en för kvalitetsutveckling och en för ekonomi och IT samt två avdelningar, en för egen regi och en för myndighetsutövning. Verksamheten bedrivs både i privat och i egen regi.

Staben för kvalitetsutveckling leds av en chef och består av fyra kvalitetsutvecklare med olika ansvarsområden. I staben ingår även omvårdnadsförvaltningens medicinskt ansvarig sjuksköterska och kvalitetsutvecklare för hälso- och sjukvård som ansvarar för att en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet ges. Ansvaret gäller också att journaler förs och att läkemedelshanteringen är säker.

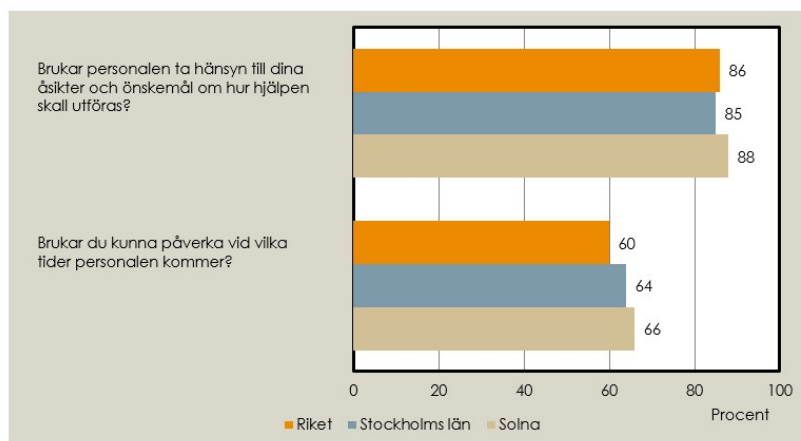
Staben består även av en utredare som bl a arbetar med upphandlingar och behovsprognoser, en fastighetsintendent som stödjer verksamheterna i fastighetsfrågor och följer upp det systematiska brandskyddsarbetet på gruppbestäder och vård- och omsorgsboenden i Solna. En projektledare som arbetar med hemtjänstprojekt och uppstart av hemgångsteam tillhör också organisationen.

2.2 Uppnådd kvalitet

Socialstyrelsen genomför varje år en enkätundersökning om vad de äldre tycker om äldreomsorgen. I Solna svarade 507 personer på årets enkät för äldre med hemtjänst, vilket motsvarar en svarsfrekvens på ca 60 procent av de tillfrågade. Svarsfrekvensen i riket låg på samma nivå. Merparten – 70 procent – av de svarande var kvinnor och 70 procent av de svarande var 80 år eller äldre.

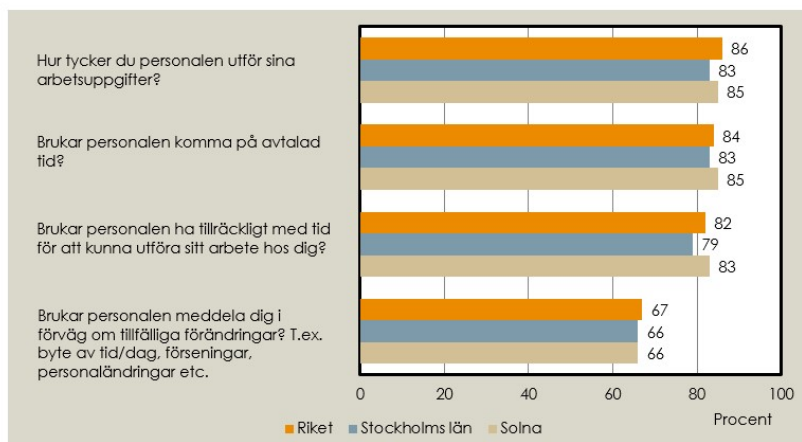
Resultaten från brukarundersökningen återfinns i bilaga. Jämförelser görs mellan resultat för Solna, Stockholm län och riket. Jämförelser görs även av utvecklingen över tid. Nedan redovisas exempel på några resultat.

Andel positiva svar inom området inflytande



Andelen positiva svar inom området *inflytande* är större i Solna än genomsnittet i länet och riket.

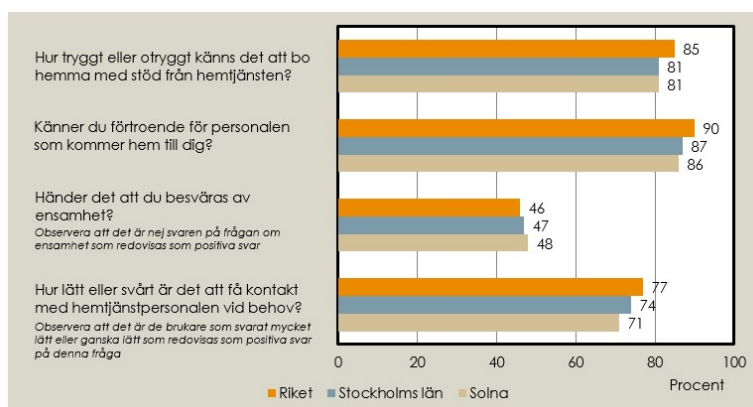
Andel positiva svar inom området hjälpens utförande



Även när det gäller *hjälpens utförande* är andelen positiva svar större än eller i nivå med länet och riket.

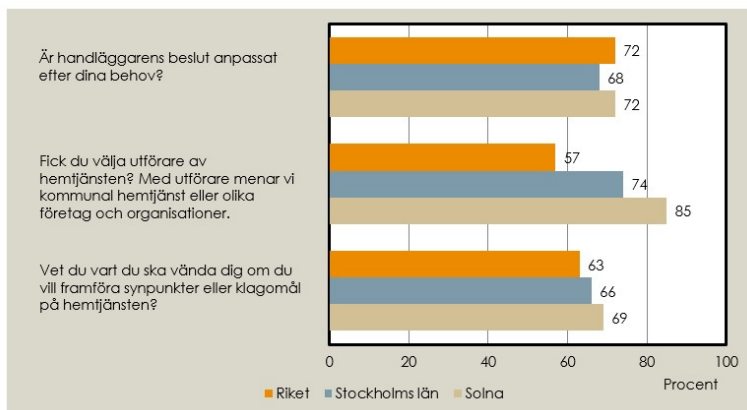
På frågan "Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?" var 96 procent av svaren i Solna positiva, länet 96 procent och riket 97 procent.

Andel positiva svar inom området trygghet och tillgänglighet



Inom området *trygghet och tillgänglighet* är andelen positiva svar något mindre i Solna jämfört med länet och riket.

Andel positiva svar inom området kontakter med kommunen



Jämfört med länet och riket är det en betydligt större andel av de svarande i Solna som upplever att de haft möjlighet att välja utförare. Sju av tio svarande i Solna (i nivå med riket) upplever att beslutet om insatser är anpassat efter behovet. Sju av tio (något fler än länet och riket) uppger att de vet vart de ska vända sig för att framföra synpunkter eller klagomål.

På frågan ”Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har?” är andelen positiva svar för Solna 86 procent (riket 88 procent och länet 84 procent).

Sammanfattningsvis visar undersökningen att resultaten för Solna stad generellt ligger väl till i jämförelse med såväl Stockholms län som riket.

2.3 Granskningens kontrollfrågor

2.3.1 Görs en samlad värdering av kvalitetsrisker?

Förvaltningen upprättar årligen en plan för kvalitetsuppföljning. I uppföljningsplanen beskrivs verksamheter, verksamhetsområden, processer och rutiner som ska följas upp. I planen beskrivs även de metoder som kommer att användas och vem som ansvarar för uppföljningen.

Resultaten från avtalsuppföljningar, tillsyn av hälso- och sjukvård, brukarundersökningar, nationella jämförelser, olika fördjupade uppföljningar och uppföljningar av individuella biståndsbeslut ligger till grund för den fortsatta kvalitetsutvecklingen.

Staben för kvalitetsutveckling inom omvårdnadsförvaltningen gör årliga uppföljningar av verksamheterna för att säkra att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheten bedrivs inom gällande regelverk. Avtalsuppföljningen utgår från de avtal som är tecknade, tidigare uppföljningar och utvecklingsplaner samt gällande lagstiftning. Uppföljningen genomförs med intervjuer och samtal, faktainsamling samt observationer. Vid uppföljningen identifieras styrkor och förbättringsområden som sedan ligger till grund för verksamheternas utvecklingsarbete. Verksamhetens utvecklingsarbete sammanfattas årligen i en utvecklingsplan.

Resultatet från avtalsuppföljningen redovisas för verksamheterna och för omvårdnadsnämnden.

Verksamheternas åtgärder för att höja kvaliteten redovisas i den årliga utvecklingsplanen. Staben för kvalitetsutveckling granskar och följer upp utvecklingsplanerna. I utvecklingsplanerna beskrivs hur verksamheterna kommer att arbeta med de utvecklingsområden som framkommit vid avtalsuppföljningar och i brukarundersökningar. Staben för kvalitetsutveckling följer årligen upp verksamheternas utvecklingsplaner.

Respektive utförare upprättar årligen en kvalitetsberättelse där arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten dokumenteras.

I anvisningarna till vad kvalitetsberättelsen ska innehålla står beträffande riskanalys att verksamheten ska beskriva hur man fortlöpande har bedömt om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Vidare ska man redogöra för hur verksamheten har arbetat för att förebygga och hantera de risker som framkommit vid riskanalysen.

I våra intervjuer framkommer att staben för kvalitetsutvecklings arbete med uppföljning och kontroll uppfattas ske processinriktat och deras roll uppfattas vara både stödjande och granskande. De uppfattas bidra till verksamheternas utveckling genom att identifiera förbättringsområden och också stödja i genomförandet.

Förstudien visade att nuvarande riskanalys är en sammanställning av de riskanalyser som genomförts inom respektive verksamhetsområde. Sedan ca fem år tillbaka finns en risksamordnargrupp inom staden där risker mer samordnat

diskuterats och värderats. Gruppens uppdrag är att identifiera risker inom olika områden och att tillse att verksamheterna gör riskanalyser inom dessa områden. Fokus här är emellertid brand och skalskydd, hot och våld samt risker kopplat till eventuella naturkatastrofer och liknande.

I intervjuerna framkommer att det inom staben för kvalitetsutveckling pågår ett arbete med sammanställning av likartade brister. Den samlade bilden av kvalitetsrisker dokumenteras i staben för kvalitetsutvecklings kvalitetsberättelse och rapporteras till nämnden.

I stabens kvalitetsberättelse sammanfattas aktiviteter, riskanalyser och resultat från egenuppföljningar. En bedömning görs av utfallet av genomförda åtgärder. Bilden nedan visar ett klipp från kvalitetsberättelsen.

Aktivitet:
Uppföljning av Hemtjänst

Aktivitetsbeskrivning

Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser.

1. Avtalsuppföljningar 1 g/år. Redovisa för nämnd
2. Uppföljning av fokusområden 3 ggr/år
3. Granskningar av kvalitetsberättelser och utvecklingsplaner. 1 gång/år
4. Phoniro; kvittnenser, manuella registreringar, personalkontinuitet, arbetstidslagen. 1 gång/månad
5. Samverkansmöten 4 ggr/år

Mått	Period	Utfall 2016	Utfall 2017
Sammantagen nöjdhet	År 2017	87	86
Kommentar			
-			
Personalkontinuitet. Mål är <11	Dec 2017	9,8	9,8
Kommentar			
-			
Antal företag som ej uppfyller målet avseende personalkontinuitet, dvs har ett genomsnitt på över 11	Dec 2017	2	2
Kommentar			
-			
December		Medeltal antal vårdbiträden per kund	
Total		9,75	
1:a Hemtjänst och vårdkompaniet		11,06	
Humaniora 1		11,48	

Risakanalys	Riskvärde
Chefsbyte	8

Beskrivning av risk
Risken att verksamhetens kvalitetsarbete stannar upp

Risakanalys	Riskvärde
Kommentar	
Inget chefsbyte har skett under året. Två nya utförare har tecknat LOV-avtal. Uppföljning planeras under våren 2018.	

Egenkontroll	Bedömning
Uppföljning genomförda enligt plan	Godkänd

Beskrivning av egenkontroll
Stämmer av antal genomförda uppföljningar med antal planerade uppföljningar.

Kommentar
Sammantaget under året har uppföljningar planerats och genomförts i femton av tjugo hemtjänstföretag. Under våren planerades och genomfördes uppföljningar av sju företag med fler än tio kunder samt två uppföljningar av företag med färre än tio kunder. Ett av dessa företag valde därefter att säga upp sitt avtal. Under hösten planerades och genomfördes uppföljning med ytterligare sex företag med färre än 10 kunder. Ett av dessa företag valde därefter att säga upp sitt avtal.

Phoniro statistik tas ut enligt plan	Godkänd
--------------------------------------	---------

Beskrivning av egenkontroll
Titta på manuella registreringar och andel besök med kvittnens i Phoniro Care.

Kommentar
Statistik tagits ut enligt plan under hela året. Det är få och varierande utförare som avviker. Avvikande utförare har kontaktats och därefter har de kommit in med förklaring samt en åtgärdsplan.

Phoniro statistik av personalkontinuitet tas ut enligt plan	Godkänd
---	---------

Beskrivning av egenkontroll
Titta på personalkontinuitet totalt och per utförare

Kommentar
Genomfört alla månader. Avvikelser har i de flesta fallen varit tillfälliga och berott på omorganisation eller sjukdomsperioder där många medarbetare drabbats. Utförarna har inkommit med åtgärdsplaner då avvikelsern pågick längre än en månad.

Manuella registreringar	Delvis Godkänd
-------------------------	----------------

Beskrivning av egenkontroll
Utförare med mer än 10% manuella registreringar i Phoniro Care

Kommentar
Avvikande utförare: Attendo 3 och Maria Omsorg

Samverkansmöten	Godkänd
-----------------	---------

Beskrivning av egenkontroll
Planerade samverkansmöten genomförs fyra gånger per år

Kommentar
Alla planerade samverkansmöten med hemtjänstutförare har genomförts under året. Två har skett i samverkan med förvaltningens MAS och primärvården.

Revidering av rutiner och anvisningar	—
---------------------------------------	---

Beskrivning av egenkontroll
Revidering av framtagna rutiner och anvisningar enligt datering för revidering

Åtgärd	Status
Introduktion till ny chef	Aktiviteten pågår enligt plan.

Åtgärdsbeskrivning
Bjuda in ny chef för introduktion

Återkoppla till de företag som ej uppfyllt målen	Åtgärden pågår enligt plan.
--	-----------------------------

Åtgärdsbeskrivning
Ringa samt maila och begära in en tydlig utredning och åtgärdsplan från företag med avvikelse.

Kommentar
Under december har 1:a aktiva valet, Bäst omsorg, Curanova (som sa upp sitt avtal i januari -17), Evero Ab, Saga och Svanen ej uppfyllt målen och blivit kontaktade för att göra en utredning samt göra de åtgärder som behövs för att nå målen

På myndighetssidan förs löpande diskussioner om kvalitetsrisker på individnivå. Identifierade risker på individnivå sammanställs inte men information förs vidare till risksamordnargruppen.

Brukarundersökningar genomförs regelbundet där de som beviljats insatser ges möjlighet att svara på frågor om den upplevda kvaliteten i verksamheterna.

Resultatet från brukarundersökningen ger verksamheterna och omvårdnadsförvaltningen en uppfattning om hur kunderna/brukarna upplever kvaliteten i omsorgen. Resultat tas fram för respektive utförare/verksamhet. Om ett utvecklingsområde identifieras i respektive utförare/verksamhets resultat ska det i utvecklingsplanen framgå vilka åtgärder som vidtas för att uppnå förbättringar. Omvårdnadsförvaltningen granskar och följer upp utvecklingsplanerna.

Individuppföljningar och brukarundersökningar genomförs och sammanställs. Kvalitetsbrister som rapporteras till förvaltningen från brukare och anhöriga sammanställs en gång om året och redovisas för nämnd.

På kommunens hemsida finns resultatet från avtalsuppföljningarna för samtliga utförare och utvecklingsplaner och kvalitetsberättelser för respektive utförare, samt även resultat från brukarundersökningar. En funktion finns för att göra jämförelser mellan utförarna.

Samverkan med utförare och andra samverkansparter sker regelbundet i form av nätverksträffar och arbetsgrupper. I dessa sammanhang utbyts erfarenheter och resultat från brukarundersökningar och avtalsuppföljningar diskuteras.

2.3.1.1 Riskanalyser och egenkontroll

I anvisningarna till innehållet i utförarnas kvalitetsberättelse står beträffande riskanalys att verksamheten ska beskriva hur man fortlöpande har bedömt om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Vidare ska man redogöra för hur verksamheten har arbetat för att förebygga och hantera de risker som framkommit vid riskanalysen.

Under granskningen har en genomgång gjorts av samtliga utförare kvalitetsberättelser avseende år 2017 (bilaga). Genomgången visar att samtliga utförare beskriver hur risker bedöms och även i flera fall vilka riskområden som identifierats. Beskrivningar görs även av hur man arbetat för att förebygga och hantera de risker som identifierats.

Enligt anvisningarna till kvalitetsberättelsen ska utförarna även beskriva hur kvaliteten har följts upp och utvärderats genom egenkontroller och redogöra för vilka egenkontroller som genomförts utifrån aktuella riskanalyser. De metoder som använts vid egenkontrollen ska anges likväl som frekvens och omfattning. Genomgången av kvalitetsberättelserna visar att beskrivningarna varierar i omfattning och detaljeringsgrad mellan utförarna beträffande hur kvaliteten följts upp och resultatet av egenkontrollerna.

2.3.1.2 Bedömning

Granskningen visar att det finns genomarbetade rutiner och en systematik för uppföljning och kontroll av verksamheten. Staben för kvalitetsutveckling genomför kontinuerligt avtalsuppföljningar och tillsyn av verksamheterna. Uppföljningarna görs genom bland annat verksamhetsbesök med standardiserade mallar och formulär som stöd. Resultatet av uppföljningarna dokumenteras och kommuniceras med respektive utförare. För de förbättringsområden som identifieras gör respektive utförare en handlingsplan som sedan följs upp av staben för kvalitetsutveckling. Varje utförare upprättar även en kvalitetsberättelse efter en given förlaga. Vår bedömning är att kvalitetsarbetet är genomarbetat och bedrivs med en systematik som skapar bra förutsättningar för en god verksamhet.

Granskningen visar att det görs värderingar och sammanställningar av kvalitetsrisker i verksamheterna. Utförarna genomför riskanalyser och dokumentera detta. Riskanalysernas resultat följs upp genom egenkontrollaktiviteter. Staben för kvalitetsutveckling följer upp att utförarna arbetar med de förbättringsområden som identifierats i egenkontrollen.

Fokusområden identifieras från tidigare års erfarenheter inför kommande verksamhetsuppföljning och dialog som genomförs av staben för kvalitetsutveckling. Vid regelbundna möten och träffar mellan utförare och andra samverkansparter diskuteras bland annat resultat från de uppföljningar som gjorts.

Sammantaget bedömer vi att det av staben för kvalitetsutveckling görs en samlad bedömning av kvalitetsrisker i verksamheten. Analyser görs av de riskanalyser som genomförs av utförarna och tillsyn och uppföljning sker av att åtgärder vidtas. Resultaten av den samlade bedömningen av kvalitetsriskerna avspeglas i de fokusområden som definieras inför kommande tillsyn och uppföljningar. Arbetet återstår dock – och pågår – med att mer systematiskt analysera, sammanställa och i kommande uppföljningar använda analysens resultat.

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

Enligt anvisningarna för kvalitetsberättelsen för utförare ska kvalitetsberättelsen innehålla en riskanalys. I riskanalysen ska utföraren beskriva hur verksamheten fortlöpande bedömt att det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Utföraren ska också redogöra för hur verksamheten har arbetat med att förebygga och hantera de risker som framkommit vid riskanalysen.

Av anvisningarna framgår vidare att utföraren ska beskriva vilka egenkontroller som genomförts utifrån aktuella riskanalyser och resultaten av egenkontrollerna, samt hur verksamheten har arbetat med de förbättringsområden som framkommit.

Omvårdnadsförvaltningen gör årliga uppföljningar av verksamheterna för att säkra att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheten bedrivs inom gällande regelverk. Vid uppföljningen identifieras styrkor och förbättringsområden som

sedan ligger till grund för verksamheternas utvecklingsarbete. Verksamhetens utvecklingsarbete sammanfattas årligen i en utvecklingsplan.

Resultatet från avtalsuppföljningen redovisas för verksamheterna och för omvårdnadsnämnden. Åtgärder för att höja kvaliteten redovisas för respektive verksamhet i den årliga utvecklingsplanen. Verksamheterna upprättar årligen även en kvalitetsberättelse där arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten dokumenteras. Anvisningar finns tillgängliga via kommunens hemsida för att upprätta utvecklingsplan och kvalitetsberättelse. Omvårdnadsförvaltningen granskar och följer upp utvecklingsplanerna.

2.3.2.1 Bedömning

Vi bedömer att det finns en sammanhållen kedja mellan identifierade riskområden, kontrollaktiviteter, uppföljning och analys. Riskområden identifieras dels genom att staben för kvalitetsutveckling analyserar utförarnas kvalitetsberättelser och riskanalyser, dels genom att vid möten med utförare diskutera risker i verksamheten. Handlingsplaner med åtgärder upprättas utifrån resultatet av egenkontroller och verksamhetsuppföljning. Genomförandet av handlingsplanernas aktiviteter och resultat följs upp av staben för kvalitetsutveckling.

2.3.3 *Kompletteras övergripande uppföljningar i tillräcklig utsträckning med utgångspunkt från uppmärksammade risker genom stickprov och kontroll av verksamheter?*

För att på ett strukturerat sätt följa upp resultaten från de olika uppföljningarna med syfte att säkerställa en god kvalitet, upprättar förvaltningen årligen en plan för kvalitetsuppföljning. Avtalsuppföljningarna ska följa omvårdnadsnämndens uppföljningsplan för 2018 och visa att utförarna följer avtalen och att en kvalitetsutveckling sker i verksamheterna. I uppföljningsplanen beskrivs verksamheter, verksamhetsområden, processer och rutiner som ska följas upp. I planen beskrivs även de metoder som kommer att användas och vem som ansvarar för uppföljningen.

Resultaten från avtalsuppföljningar, tillsyn av hälso- och sjukvård, brukarundersökningar, nationella jämförelser, olika fördjupade uppföljningar och uppföljningar av individuella biståndsbeslut ligger till grund för den fortsatta kvalitetsutvecklingen.

Av staben för kvalitetsutvecklings kvalitetsberättelse avseende år 2017 framgår att avtalsuppföljning är gjord hos sju utförare med fler än tio kunder samt hos åtta utförare med färre än tio kunder. Vidare framgår att verksamheterna har arbetat med egenkontroller av sina genomförandeplaner. Detta har följts upp genom att verksamheterna besvarat tre enkäter under året. I enkäten har de angett antal genomförandeplaner som är godkända enligt en bedömningsmall. Verksamheterna har även beskrivit hur de analyserat sina resultat samt förbättringsområden de uppmärksammat. Deltagandet i att besvara enkäterna har varierat mellan verksamheterna så även beskrivningar av analyser och förbättringsområden.

I intervjuerna framkommer att verksamhetsbesök genomförs om uppgifter framkommer om att verksamheten inte fungerar på avsett sätt. Under besöken förs

en dialog om de närmare omständigheterna och överenskommelser görs om åtgärder. Uppföljning sker att åtgärderna fått avsedd effekt.

I något fall har hävning skett av företag som inte levt upp till de regler som verksamheten omfattas av.

2.3.3.1 Bedömning

Vi bedömer att kompletterande uppföljning och tillsyn genomförs när anledningar till detta uppstår. Frågor ställs och förklaringar begärs från verksamheterna när information framkommer att verksamheten avviker från vad som avtalats eller på annat sätt bryter mot regler och villkor. Vi uppfattar dock inte att slumpmässiga stickprovskontroller görs.

3 Svar på revisionsfrågan

Granskningen ska besvara frågan om omvårdnadsnämndens säkerställer en tillräcklig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

Vår sammanfattande bedömning utifrån resultaten av kontrollmålen är att omvårdnadsnämnden *i allt väsentligt* säkerställer en tillräcklig samordning, värdering och hantering av kvalitetsrisker inom äldreomsorgens hemtjänstverksamhet.

December 2018

Anders Törnqvist

Projektledare

Anders Hägg

Uppdragsledare