

Trelleborgs kommun

Granskning av hemvården



EY

Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor	3
2.3. Genomförande	3
2.4. Revisionskriterier.....	4
3. Granskningsresultat	6
3.1. Organisation.....	6
3.2. Styrning.....	9
3.3. Brukarnas delaktighet.....	14
3.4. Personalens medverkan.....	16
3.5. Uppföljning och kontroll	19
4. Sammanfattande bedömning	23
Bilaga 1: Källförteckning	25
Bilaga 2: Enkätresultat	26
Bilaga 3. Granskning av socialnämndens protokoll.	29

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning av arbetet inom hemvården. Granskningen syftade till att bedöma om socialnämnden har säkerställt att hemvård för äldre bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Granskningen har skett genom dokumentstudier, intervjuer och en enkät som skickats ut till samtliga tillsvidareanställda undersköterskor och vårdbiträden inom hemvården.

Den sammanfattande bedömningen är att socialnämnden delvis har säkerställt att hemvård för äldre bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Vår bedömning grundar sig på att det råder utmaningar med personalbrist och kompetensförsörjning i organisationen som påverkar möjligheterna att säkerställa att den motsvarar behoven fullt ut. Vi noterar att organisationen har påverkats av pandemin och ser positivt på att det kommer ske en översyn av hur verksamheten ska planera hemvården framgent för att säkerställa en god vård.

Vi bedömer att det till stor del finns en ändamålsenlig styrning av verksamheten. Dock bedömer vi det som en brist att ledningssystemet reviderades senast 2014, vilket medför att det hänvisar till tidigare organisation, lagstiftning och former för verksamhetsplanering och uppföljning.

Vad gäller kundens delaktighet i vårdens utförande så ser vi positivt på att det finns ett arbetssätt för att upprätta kontaktmannaskap och genomförandeplaner. Vi ser dock en brist i att kunden inte alltid har varit delaktig i upprättande av genomförandeplaner under pandemin och noterar att kommunen är bland de 25 procent kommuner med lägst resultat på brukarundersökningens fråga om personalen tar hänsyn till kundens åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras. Vidare bedömer vi att nämnden till delvis säkerställt personalens medverkan i kvalitetsarbetet då det finns forum för personalen att vara delaktiga. Granskningens enkätresultat och genomförda intervjuer indikerar att strukturer för att ta tillvara medarbetares förslag på förbättringar behöver utvecklas. Därtill bedömer vi att det är av vikt för nämnden att tillse kunskap och följsamhet till gällande rutiner för avvikelshantering där återkoppling ska ingå.

Slutligen bedömer vi uppföljningen och kontrollen av kvaliteten inom hemvården som till stor del ändamålsenlig. Bedömningen grundar sig på att det sker uppföljning av mål på samtliga nivåer i verksamheten samt att resultatet av nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete redovisas i årliga rapporter som till stora delar innehåller den information som Socialstyrelsen föreskriver. Vi bedömer dock att kvalitetsberättelsen bör kompletteras med information om arbetet med riskanalyser. Vi uppmuntrar nämnden att komplettera sin uppföljning med nyckeltal som visar på volymer samt planerad och utförd tid inom hemvården.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi socialnämnden att:

- ▶ Säkerställa en bemanning och kompetensförsörjning som medför att medarbetarna kan tillgodose kundernas behov och arbeta enligt beslutade processer och rutiner.
- ▶ Säkerställa att det finns ett uppdaterat ledningssystem som är i enlighet med nuvarande organisation, lagstiftning och former för verksamhetsplanering och uppföljning.
- ▶ Säkerställa att samtliga medarbetare vet hur de ska rapportera avvikelser, missförhållande eller risk för missförhållande enligt lex Sarah.
- ▶ Tillse att medarbetare får återkoppling vid avvikelserapportering.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

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

Enligt socialtjänstlagen ska socialtjänstens insatser vara av god kvalitet och utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

En viktig del i att följa upp och utveckla kvalitet är att beakta vad brukare och anhöriga anser om den hjälp och service som ges. Av resultatet från den nationella brukarundersökningen inom äldreomsorgen år 2020 framgår att 85 procent av de svarande var mycket eller ganska nöjda med hemvården i Trelleborgs kommun. I jämförelse med resultatet för landets övriga kommuner placeras Trelleborg bland de 25 procent av kommunerna som har lägst andel positiva svar.

Kommunrevisionen har mot bakgrund av ovanstående samt utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt att det är väsentligt att granska arbetet inom hemvården.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om socialnämnden har säkerställt att hemvård för äldre bedrivs på ett ändamålsenligt sätt.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Har nämnden säkerställt en organisation som motsvarar behoven?
- ▶ Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning av hemvårdsverksamheten?
- ▶ Har nämnden säkerställt brukarnas delaktighet i vårdens utförande?
- ▶ Har nämnden säkerställt personalens medverkan i kvalitetsarbetet inom hemvården?
- ▶ Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av kvalitet inom hemvården?

2.3. Genomförande

Granskningen avser socialnämnden och omfattar hemvårdsinsatser som ges till personer 65 år och äldre. Granskningen har genomförts genom dokumentstudier, intervjuer och en enkät.

Intervjuer har genomförts med socialnämndens ordförande och vice ordförande, avdelningschef och biträdande avdelningschef för vård- och omsorg, enhetschefer från tre utvalda hemvårdsområden samt medarbetare från samma hemvårdsområden som cheferna. Urvalet av hemvårdsområden grundas på att granskningen ska belysa arbetet inom såväl centrala hemvårdsområden som hemvårdsområden på landsbygd.

Vi har granskat styrande dokument för verksamheten såsom verksamhetsplaner, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, rutiner, resultat av brukarundersökning, olika underlag för uppföljning samt nämndens protokoll. Samtliga intervjuade funktioner och underlag som har granskats framgår av källförteckning i bilaga 1.

Granskningen har innefattat en enkätstudie. En enkät har skickats till samtliga¹ tillsvidareanställda undersköterskor och vårdbiträden inom kommunens hemvård. Enkäten innehöll frågor som bland annat berörde huruvida medarbetarna vet hur de ska rapportera avvikelser, om de upplever att de får återkoppling och att det vidtas åtgärder utifrån rapporterade avvikelser. Enkäten innehöll även frågor om medarbetarnas upplevelse av styrning, organisation och förbättringsarbete inom hemvården. Enkätfrågorna i sin helhet redovisas i bilaga 2.

Enkäten besvarades av 98 av totalt 235 medarbetare, vilket ger en svarsfrekvens på 42 procent. I rapporten används enkäten som ett komplement till övrig informationsinhämtning och representerar enskilda individers uppfattningar, vilka är av relevans för granskningsresultatet. Av de svarande arbetar 67 procent som undersköterskor och 33 procent som vårdbiträden. Vidare har 47 procent av de svarande arbetat inom hemvården i kommunen 10 år eller längre, 30 procent har arbetat i 3–9 år och 23 procent har arbetat 0–2 år.

I Trelleborgs kommun benämns brukare som kunder. Vi har därför valt att använda begreppet kunder i rapporten.

2.4. Revisionskriterier

2.4.1. Kommunallagen (2017:756) 6 kap. 6§

Nämnder ska enligt 6 kap. 6 § KL inom sitt ansvarsområde se till att verksamheten bedrivs i enlighet med kommunfullmäktiges mål och riktlinjer, samt i enlighet med lagar och författningar som gäller för verksamheten. Nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

2.4.2. Socialtjänstlagen (2001:453)

Av socialtjänstlagens 3 kap. 3 § framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Av 5 kap. 4 § framgår att socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

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

Socialstyrelsen föreskriver att den som bedriver socialtjänst ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra kvalitet. Föreskrifterna anger också att ett systematiskt förbättringsarbete med riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser ska säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt. Kvalitetsarbetet ska dokumenteras och bör sammanställas i en årlig kvalitetsberättelse.

¹ 235 personer.

2.4.4. Kommunfullmäktiges mål och budget samt eventuella uppdrag och övriga styrdokument

Kommunfullmäktige har beslutat om ett antal inriktningar och inriktningsmål för år 2020–2023. Nedan inriktningsmål avser vård och omsorg av äldre:

- ▶ Tryggt och säkert samhälle
 - ▶ Trelleborgs kommun ska förbättra tryggheten genom trygghetsskapande insatser och säkra offentliga platser, samt verka för en värdig och trygg omsorg om våra äldre.

2.4.5. Socialnämndens reglemente

Av socialnämndens reglemente, beslutad av kommunfullmäktigen den 24 februari 2020, framgår att socialnämnden ska fullgöra kommunens uppgifter och ansvar vad gäller vård och omsorg i enlighet med gällande lagar, förordningar och föreskrifter.

3. Granskningsresultat

3.1. Organisation

Detta avsnitt ämnar besvara revisionsfrågan om socialnämnden har säkerställt en organisation som motsvarar behoven.

3.1.1. Iakttagelser

Av socialförvaltningens organisationsschema framgår att hemvården är organiserad inom avdelningen för vård- och omsorg. Se bild över organisationsschema nedan:

Organisationsschema



Källa: Trelleborgs kommun.

Avdelningen för vård och omsorg styrs av en avdelningschef och en biträdande avdelningschef. Verksamhetsansvaret är inte uppdelat mellan de båda cheferna. Intervjuade uppger att avdelningschefen har tydligt ansvar för personal- och budgetfrågor medan biträdande avdelningschef ansvarar för olika projekt inom verksamheten och hanterar mycket av den kontinuerliga kontakten med enhetschefer.

Inom avdelningen finns sju hemvårdsenheter (hemvårdsområden) med ansvar för kunder inom olika geografiska områden. Inom enheterna arbetar vårdbiträden och undersköterskor med att utföra omsorg och serviceinsatser utifrån biståndshandläggares beställning. Varje hemvårdsenhet leds av enhetschef. Inom enheterna finns också teamledare och planerare. Det varierar mellan enheterna hur många teamledare och planerare de har. Variationen beror på områdets storlek.

Det finns en dokumenterad uppdragsbeskrivning för teamledare. I uppdragsbeskrivningen framgår att teamledarens arbetsuppgifter fastställs av ansvarig enhetschef och delvis kan skilja sig åt mellan enheter. Den övergripande uppgiften är att i samverkan med enhetschef leda teamet i det vardagliga arbetet. Vid intervju uppges att teamledarna framförallt arbetar med personalrelaterade frågor så som schemaläggning, planering vid sjukfrånvaro och

semester. Det finns ingen dokumenterad uppdragsbeskrivning för planerare. Intervjuade uppger att planerare tar emot nya beställningar från biståndshandläggare (enhet myndighet), gör en grundplanering av vårdtagares insatser och ansvarar för att planera personalscheman utifrån de insatser som är beviljade och som ska verkställas. Det framkommer vid intervjuer att uppgiftsfördelningen mellan planerare och teamledare inte är tydlig i alla avseenden. Enligt intervjuade förekommer det att planerare och teamledare utför samma uppgifter i praktiken. Det pågår ett arbete med att centralisera planering av insatser inom hemvården. Arbetet påbörjades redan 2020, men avstannade på grund av pandemin. Vid sakgranskning uppges att projektet har återupptagits. Syftet med central planering är att nyttja personalresurser mellan hemvårdsområden och att bidra till likvärdighet i insatser.

Av tabellen nedan framgår antal anställda undersköterskor och vårdbiträden inom kommunens hemvård:

Tabell 1. Antal anställningar i hemvården.

	Tillsvidareanställda	Visstidsanställda	Timavlönade
År 2020	194	13	0
År 2021	202	35	2

Utöver de sju hemvårdsenheterna finns det ett hemstödsteam som arbetar med kunder som nyligen skrivits ut från sjukhus. Hemstödsteamet genomför, tillsammans med legitimerad personal inom hemsjukvården, en kartläggning av kundernas vårdbehov som utgör grund vid biståndsbedömning och fortsatt planering. Under pandemin har hemstödsteamet också använts för att vid behov bemanna verksamheter där sjukfrånvaron varit hög och för att ge tillfällig vård och omsorg till kunder som skrivits ut från sjukhus innan de uppvisat ett negativt covidtest. Hemstödsteamet har bestått av totalt 13 anställda år 2021.

Nämnden tillämnar lag om valfrihetssystem avseende serviceinsatserna städ, tvätt och inköp. För närvarande finns fyra godkända privata utförare.

Samverkan med legitimerad personal

Inom avdelning vård och omsorg finns en rehabiliteringsenhet som består av 31 anställda (fysioterapeuter och arbetsterapeuter) och en sjuksköterskeenhet som består av 68 anställda år 2021.

Det finns särskilt utsedda sjuksköterskor för respektive hemvårdsenhet som regelmässigt besöker verksamheterna. Enhetschef träffar den legitimerade personalen för avstämning varannan vecka. Den legitimerade personalen deltar därtill vid hemvårdsenheternas arbetsplatsträffar varannan gång. Utöver detta sker teammöten angående enskilda kunder.

Av granskningens enkätresultat framgår att majoriteten av de svarande medarbetarna upplever att samverkan med den legitimerade personalen fungerar väl. Enkätresultatet visar att 76 procent har svarat instämmer helt och instämmer till stor del på påståendet om att det finns en god samverkan mellan verksamheterna. De som intervjuats bekräftar detta och framhåller att det finns en god samverkan mellan enheterna och den legitimerade personalen.

Bemanning och kompetens

Samtliga intervjuade lyfter bemanning och kompetens som en utmaning i verksamheten. Hög frånvaro bland personalen har varit särskilt utmanande inom hemvården under pandemin. Kvalitetsberättelse och årsanalys för år 2020 anger att verksamhetens möjligheter att bemanna och utföra samtliga insatser påverkades av smittspridningen då sjukfrånvaron bland personalen ökade och verksamheten försökte hindra/minska smittspridning genom att inte flytta personal mellan olika områden. Svårigheterna har enligt intervjuade även uppstått under 2021.

Pandemin har medfört en hög arbetsbelastning för samtliga funktioner inom hemvårdsenheterna. Intervjuade enhetschefer framhåller att stödet från planerare och teamledare inte har varit tillräckligt under pandemin då det har varit hög sjukfrånvaro bland personalen och kunder. Enhetschefer har i perioder fått täcka upp för varandra och ansvara för två enheter. Vissa hemvårdsenheter hade under hösten 2021 semesterstopp på grund av de höga sjuktalen. Intervjuade medarbetare framhåller att situationen har inneburit en stress bland personalen som har gjort att de inte alltid har kunnat arbeta i enlighet med verksamhetens upprättade processer och rutiner, vilket i sin tur medfört ökad risk för avvikelser.

Granskningens enkätresultat visar att cirka hälften (49 procent) av de svarande upplever att de har tillräckligt med tid för att utföra sina arbetsuppgifter. Enkätresultatet visar att 41 procent av de svarande endast instämmer till viss del i påståendet om de har tillräckligt med tid för att utföra sina arbetsuppgifter och 10 procent instämmer inte alls.

Intervjuade anser att det hade underlättat arbetet om de hade en övertalighet i personalstyrkan. Det uppges dock att det råder en generell utmaning med rekrytering då sökande sällan har den utbildning och erfarenhet som är önskvärd.

Det finns ingen dokumenterad kartläggning av kompetensbehov eller kompetensförsörjningsstrategi på kommunövergripande nivå eller för socialförvaltningen. Enligt uppgift pågår ett arbete med att utbilda vårdbiträden i hemvården till undersköterskor. Under år 2021 har 32 vårdbiträden utbildats och under 2022 planeras det för att ytterligare 20 vårdbiträden ska utbildas till undersköterskor.

Förvaltningen har anställt en kompetensstrateg sedan november 2021 som bland annat har i uppgift att inventera förvaltningens kompetensbehov och ta fram en kompetensförsörjningsplan. Vid sakgranskning uppges att en kompetensförsörjningsplan är framtagen och att nämnden ska besluta om planen i februari 2022. Nämnden har enligt uppgift tagit del av en kompetensförsörjningsplan tidigare, men återremitterat den på grund av att de inte var nöjda.

Intervjuad avdelningschef och biträdande avdelningschef upplever att verksamheten möter behoven hos kunderna. Dock uppges att kundernas upplevelse av huruvida organisationen möter deras behov kan variera. Detta anses bero på att verksamheten i vissa fall har svårt att kommunicera vad de kan erbjuda.

3.1.2. Bedömning

Vi bedömer att nämnden delvis säkerställt en organisation som motsvarar behoven. Bedömningen grundar sig på att det råder utmaningar med personalbrist och rekrytering av medarbetare med tillräcklig kompetens. Vi bedömer att det är av vikt att nämnden kartlägger i vilken utsträckning nuvarande bemanning och kompetens inom organisationen möter kundernas behov. Vi ser därför positivt på att förvaltningen har anställt en kompetensstrateg och att nämnden ska besluta om en kompetensförsörjningsplan.

Vi noterar att endast hälften av medarbetarna som besvarade enkäten upplever att de har tillräcklig tid för att utföra sina arbetsuppgifter. Övriga svaranden och intervjuade medarbetare uppger att de inte alltid har tillräckligt med tid för att utföra sina arbetsuppgifter.

Utifrån detta ser vi en risk i att kundernas behov inte alltid blir tillgodosedda då vissa beviljade insatser prioriteras bort vid behov och att det finns en risk för att medarbetare inte arbetar fullt ut enligt beslutade processer och rutiner vid stress. Vi noterar att organisationen har varit påverkad av pandemin och ser positivt på att det kommer ske en översyn över hur verksamheten ska planera hemvården framgent i syfte att säkerställa en god vård oavsett vilket hemvårdsområde kunderna befinner sig inom.

3.2. Styrning

Detta avsnitt ämnar besvara revisionsfrågan om socialnämnden har säkerställt en ändamålsenlig styrning av hemvårdsverksamheten.

3.2.1. Iakttagelser

Målstyrning

Nämnden har beslutat om effektmål med tillhörande indikatorer för bedömning av måloppfyllelse. Effektmålen utgår från kommunfullmäktiges mål (se 2.4.4). Socialförvaltningen har tagit fram ett antal aktiviteter utifrån nämndens mål. Nämndens effektmål, indikatorer för måloppfyllelse och förvaltningens beslutade aktiviteter återfinns i nämndens verksamhetsplan för 2021 (se tabell 3 i avsnitt 3.5.1).

Av socialnämndens verksamhetsplan för 2021 framgår även förvaltningens prioriterade frågor och planerad verksamhetsutveckling för året. Under 2021 har fokus varit på att intensifiera införandet av det nya verksamhetssystemet Lifecare för att på så sätt skapa förutsättningar för att arbeta utifrån IBIC² (individens behov i centrum). Vad gäller verksamhetsutveckling specifikt för hemvården framgår det av verksamhetsplanen att driftformen för hemvård skulle utredas utifrån en fördelning mellan kommunal, intraprenad och privat regi.

Utöver verksamhetsplanen har förvaltningen tagit fram en så kallad masterplan som anger övergripande och långsiktig inriktning³ för verksamheten. Masterplanen ses över årligen av förvaltningsledningen och är inte beslutad av nämnd.

Varje avdelning upprättar årligen en så kallad A3-plan som ska utgå från förvaltningens masterplan och nämndens verksamhetsplan. Vi har tagit del av avdelning vård och omsorgs A3-plan för 2021. Planen är styrande för hemvårdsenheterna. Planen innehåller vision och gemensamma kvalitetsmål samt identifierade utmaningar för 2021. Följande mål berör hemvården:

- ▶ Varje enhet ska ligga över skånesnittet avseende förtroende för personalen i NKI⁴.
- ▶ Antalet personer som en kund träffar under en fjortondagarsperiod inom hemvården ska minska från 17 till 15 enligt Koladas redovisning.

² Individens behov i centrum (IBIC) är ett arbetssätt för socialtjänsten att identifiera och beskriva individens behov, resurser mål och resultat. En del i det arbetet är att dokumentera på ett strukturerat sätt inom den process individen genomgår i socialtjänsten. Kunskapsguiden 2021.

³ Aktuell masterplan sträcker sig fram till 2024.

⁴ Nöjd kundindex.

- ▶ Minst 10 % av anhöriga ska vara mer nöjda med anhörigstödet än vid föregående mätning 2020.
- ▶ Antalet medarbetare som arbetar heltid ska öka med 10%.
- ▶ Närvaron ska vara minst 95% inom samtliga enheter.
- ▶ Samtliga enheter ska ha en budget i balans.
- ▶ Minst ett personaldrivet alternativ inom hemvården ska införas.

Till målen finns konkretiserade aktiviteter samt tidplan och utsedda funktioner som ansvarar för genomförandet av aktiviteterna.

Respektive hemvårdsenhet tar fram en egen A3-plan med mål och aktiviteter som utgår från avdelningens A3-plan. Vi har tagit del av ett exempel på en enhets A3-plan. Planen innehåller de mål som anges ovan, enhetens beslutade aktiviteter utifrån målen samt ansvarsfördelning och tidplan.

Enligt uppgift upprättas enheternas A3-planer genom att enhetscheferna i hemvårdens ledningsgrupp diskuterar vilka mål i avdelningens plan som avser hemvården. Aktiviteter utifrån målen bryts sedan ner tillsammans med medarbetarna på respektive enhets arbetsplatsträff. En del kvalitetsmål är gemensamma för samtliga enheter.

Enligt intervjuade kan det vara otydligt för första linjens chefer hur verksamhetsplan, masterplan och A3-planer förhåller sig till varandra. Detta beror på att masterplanen sträcker sig över flera år medan nämndens verksamhetsplan och avdelningens A3-plan uppdateras årligen.

Enhetschefer delger enhetens mål och aktiviteter till avdelningscheferna i syfte att ge en överblick över vilken styrning och uppföljning som sker på enheterna.

Kvalitetsledningssystem

En annan del av nämndens styrning utgörs av ett beslutat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet beslutades av socialnämnden år 2014 och innehåller information om vilka policys och regler som gäller för verksamheterna inom socialförvaltningen. Av dokumenterat ledningssystem framgår att socialnämndens verksamhet bland annat styrs av reglemente, delegationsordning, riktlinjer vid biståndsbedömning, avvikelseprocess för SoL⁵, LSS⁶ och HSL⁷, synpunkts- och klagomålshantering och rutin för lex Sarah-rapportering och anmälan. Det dokumenterade ledningssystemet hänvisar även till lagstiftning och föreskrifter som gäller för verksamheten.

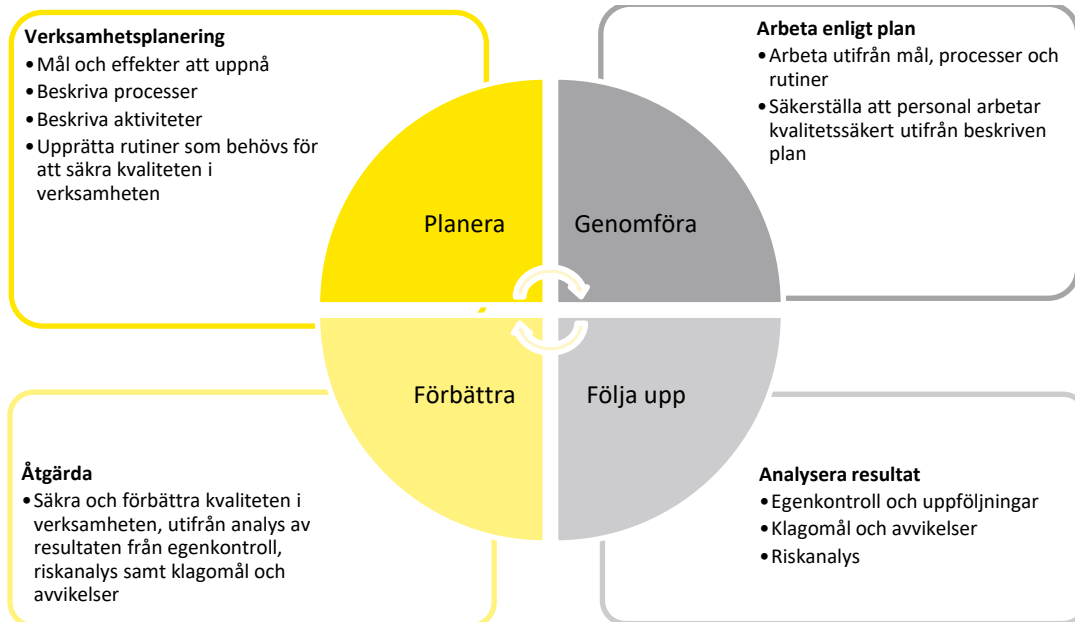
⁵ Socialtjänstlagen

⁶ Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

⁷ Hälso- och sjukvårdslag

Kvalitetsledningssystemet anger att nämndens kvalitetsarbete ska utgå från Socialstyrelsens beskrivning av kvalitetshjulet nedan:

Bild 1. Kvalitetshjul.



Av ledningssystemet framgår vilken funktion som ansvarar för planering och uppföljning av olika delar i kvalitetsarbetet. Det framgår att ledningssystemet ska uppdateras vid förändringar och minst en gång om året.

Enligt intervjuade har ledningssystemet inte uppdaterats årligen. Detta visar sig bland annat genom hänvisning till lagstiftning som inte längre är aktuell. Arbetet med verksamhetsplanering i A3-plan framgår inte av nämndens ledningssystem. Enligt uppgift från presidiet har nämnden gett förvaltningen i uppdrag att uppdatera kvalitetsledningssystemet innan mars år 2022. Det finns dock inget dokumenterat beslut angående detta uppdrag. Vid sakgranskning uppges att det finns ett framtaget förslag som nämnden ska besluta om i februari 2022.

Riktlinjer och rutiner

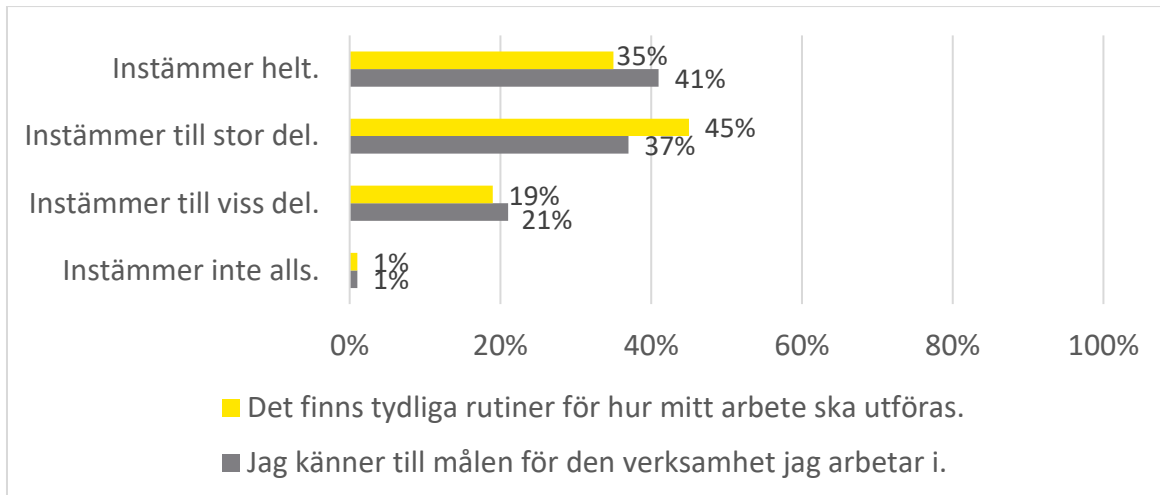
Socialnämnden har beslutat om *Riktlinjer för handläggning och utförande av bistånd enligt Socialtjänstlagen och insatser enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade*⁸. Enligt dokumentet syftar riktlinjerna till att skapa ett enhetligt synsätt vid bedömning av behov samt att säkerställa god kvalitet i handläggning och utförande inom socialnämndens verksamhet. Likvärdighet betonas. Intervjuade uppger att det pågår en översyn av riktlinjerna inför införandet av IBIC för att säkerställa att insatser beviljas utifrån individuell prövning och bedömning av behov.

Vidare finns dokumenterade arbetsprocesser och rutiner på intranätet som samtliga medarbetare har tillgång till. Intervjuade medarbetare anser att dessa är tydliga och tillräckliga.

⁸ Det framgår inte av dokumentet när riktlinjerna är beslutade.

Av diagrammet nedan framgår granskningens enkätresultat avseende frågor om styrning:

Diagram 1. Enkätresultat avseende medarbetarnas uppfattning om styrning.



Av diagrammet framgår att majoriteten av de svarande känner till målen för den verksamhet de arbetar i då 78 procent har svarat *instämmer helt* samt *instämmer till stor del* på påståendet. Vidare noterar vi att 80 procent av de svarande medarbetarna instämmer helt eller till stor del i att det finns tydliga rutiner för hur arbetet ska utföras.

Resursfördelning

Det interna resursfördelningssystemet är en del av nämndens ekonomiska styrning. Resursfördelningen bygger på biståndshandläggares bedömning och beslut om brukares behov och vilka insatser som ska tillgodose dessa. Systemet anger schabloner och belopp för olika service- och omvårdningsinsatser samt larm, egenvård och hälso- och sjukvårdsuppdrag. Det görs avdrag för eventuell frånvaro om kunder exempelvis varit på korttidsboende eller sjukhus. Ersättning fördelas månadsvis och bygger på föregående månads antal kunder och insatser.

Enligt intervjuade enhetschefer är det svårt att planera verksamhetens behov av personal då de inte kan förutse antal kunder och kunders omvårdningsbehov. Det finns enligt uppgift hemvårdsområden som redovisar underskott som främst härleds till långa körtider.

Intervjuade uppger att det finns ett uppdrag till förvaltningen att se över resursfördelningssystemet. Detta sker som en del av införandet av Lifecare där det finns möjlighet att hantera ersättningsmodeller. Ekonomer är involverade i arbetet.

Pågående utvecklingsarbete

Av protokollsgranskning och intervjuer framgår det att socialnämnden, under 2021, har beslutat om ett flertal uppdrag som berör hemvården (se tabell 5 i bilaga 3). Exempelvis har nämnden beslutat att:

- ▶ Inrätta en hälsoorganisation för att minska sjuktalen

- ▶ Införa intraprenad inom socialnämndens ansvarsområde och ge socialförvaltningen i uppdrag att skapa riktlinjer för driftsformen samt att en enhet med driftsformen ska vara klar för uppstart i början av 2022
- ▶ Ge förvaltningen i uppdrag att ta fram en plan för att säkerställa att all personal ska ha undersköterskekompetens på sikt
- ▶ Ge förvaltningen i uppdrag att bedriva treårigt kompetensutvecklingsprojekt
- ▶ Ge förvaltningen i uppdrag att ta fram en projektplan för ett så kallat fallprojekt för att minska fallskador

Av nämndens beslut i protokollet för mars 2021 framgår att projektet med hälsoorganisationen ska återrapporteras till nämnden två gånger per år. Av nämndens protokoll för år 2021 framgår dock inte att nämnden fått någon återrapportering kring projektet.

Vad gäller uppdraget att införa intraprenad och ta fram plan för undersköterskekompetens framgår ingen tidplan för återrapportering. Av verksamhetsplan för 2021 framgår att förvaltningen ska ta fram koncept och skapa förutsättningar för intraprenad. I delårsbokslut för år 2021 kan vi utläsa att förvaltningen tagit fram ett koncept och skapat förutsättningar för intraprenad. Av beslutet att ge förvaltningen i uppdrag att bedriva ett kompetensutvecklingsprojekt framgår att återrapportering skulle ske i december 2021. Vi noterar dock att det inte återfinns någon information om projektet i nämndens sammanträdesprotokoll för december 2021. Uppdraget att ta fram en projektplan för ett fallprojekt återrapporterades i december 2021, då nämnden även beslutade att godkänna projektplanen som förvaltningen tagit fram.

Utöver beslutade uppdrag ovan pågår det ett arbete med att införa verksamhetssystemet Lifecare istället för Procapita för handläggning och beställning. Som tidigare nämnts förväntas detta skapa bättre förutsättningar att arbeta utifrån IBIC. Därtill uppger nämndens presidium att det ska öka möjligheterna för utföraren (hemvården) att anpassa insatser i samråd med kunden inom ramen för beviljat bistånd.

Vidare pågår ett arbete med att förflytta serviceverksamhet (städ) från vård- och omsorgsavdelningen till tekniska serviceförvaltningen. Syftet är att kunna säkerställa att kunder får de insatser de har rätt till enligt myndighetsbeslut även i ansträngda lägen då icke livshotande insatser prioriteras ner. Det har även inrättats en grupp som arbetar med sociala insatser till kunderna.

3.2.2. Bedömning

Vi bedömer att nämnden till stor del har säkerställt en ändamålsenlig styrning av hemvårdsverksamheten. Bedömningen grundar sig på att det finns mål för verksamheten som bryts ner till enhetsnivå utifrån lokala behov, där aktiviteter för att uppnå målen beslutas med tidplan och ansvariga. Utifrån intervjuer och enkätresultat konstaterar vi att personalen upplever styrningen som tydlig och att mål, processer och rutiner styr det dagliga arbetet. Vi bedömer dock att nämnden bör tillse konkretiserande tidplaner för genomförande och återrapportering av uppdrag som lämnas till förvaltningen.

Granskningen visar att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som innehåller de delar Socialstyrelsen föreskriver. Dock bedömer vi det som en brist att ledningssystemet inte är uppdaterat i enlighet med gällande lagstiftning samt rådande organisation och former för verksamhetsplanering och uppföljning. Detta medför enligt vår bedömning en risk för otydlig styrning för hur nämnden avser säkra och utveckla kvaliteten.

3.3. Brukarnas delaktighet

Detta avsnitt ämnar besvara revisionsfrågan om socialnämnden har säkerställt brukarnas (kundernas) delaktighet i vårdens utförande.

3.3.1. Iakttagelser

Individnivå

Intervjuade framhåller att kunder görs delaktiga i vården genom att de deltar i upprättande och uppföljning av genomförandeplan. Hemvården har enligt uppgift ett strukturerat arbetssätt för hur kontaktperson ska utses och hur genomförandeplan ska upprättas.

Efter biståndsbeslut skickas beställning till hemvårdsenheternas planerare och teamledare. I planerarens ansvar ingår att kommunicera beviljade insatser till teamledaren, utse kontaktperson och planera in tid för kontaktpersonen att upprätta genomförandeplan. Genomförandeplaner ska upprättas inom en vecka efter beviljat biståndsbeslut.

Vi har tagit del av en dokumenterad uppdragsbeskrivning för kontaktpersoner, i vilken det bland annat framgår att kontaktpersonen ansvarar för att upprätta genomförandeplanen och tillse att den är aktuell. Det utses en vice kontaktperson som träder in vid ordinarie kontaktpersons frånvaro.

Intervjuade uppger att genomförandeplaner dokumenteras på lpads som medarbetarna kan ha med sig till kunden. Kunden ska i samband med detta signera genomförandeplanen. Förfarandet uppges ha förbättrat kundens delaktighet i upprättandet och vid uppföljning. Genomförandeplanerna finns sedan tillgängliga i medarbetarnas mobiltelefoner och kan tillgås vid samtliga besök hos kunder.

Intervjuade uppger att kunders delaktighet i upprättandet av genomförandeplaner har försämrats under pandemin, då det inte alltid har funnits tillräckligt med tid för att upprätta genomförandeplanen tillsammans. Det framgår av nämndens kvalitetsberättelse för 2020 att pandemin inneburit att hemvården har tvingats nedprioritera kvaliteten i dokumentationen i genomförandeplanerna.

Kunder och anhöriga har möjlighet att lämna synpunkter och klagomål. Det finns en rutin för hantering av synpunkter och klagomål för verksamheter inom socialförvaltningen. Rutinen är godkänd av förvaltningsledningen och senast reviderad i mars 2021. Rutinen anger hur synpunkter och klagomål som inkommit muntligen eller skriftligen ska hanteras. Intervjuade medarbetare uppger att de har med sig ett anteckningsblock för att skriva upp eventuella synpunkter och klagomål som inkommer under dagen. Dessa rapporteras sedan till enhetschef. Intervjuade uppger att rapporteringen avser synpunkter och klagomål som de inte har kunnat åtgärda direkt.

Verksamhetsutvecklare ansvarar för att sammanställa och analysera inkomna synpunkter och klagomål och redovisa detta i en årlig kvalitetsberättelse (se avsnitt 3.5).

Verksamhetsnivå

Möjlighet till delaktighet på mer övergripande nivå sker genom att kunder inom hemvården ges möjlighet att delta i den nationella undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten. Undersökningen sker årligen genom en enkät som skickas ut till personer som är 65 år och äldre och som har hemtjänst. Socialförvaltningen tar del av resultatet för respektive enhet och för hemvården som helhet. Resultatet analyseras och diskuteras i

ledningsgruppen och respektive personalgrupp och utgör underlag vid framtagande av mål och aktiviteter i A3-planen för kommande år.

På nationell nivå redovisas resultatet i andelen positiva svar. Nedan redovisas de fem frågor som fick högst andel positiva svar och de fem frågor som fick lägst andel positiva svar år 2020⁹:

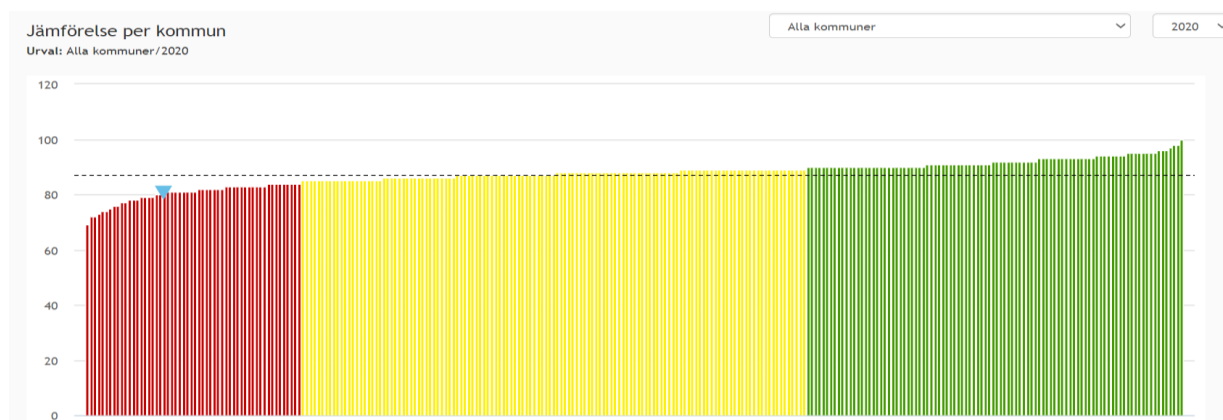
Tabell 2. Resultat av brukarundersökning.

De fem frågor där andelen positiva svar var högst	De fem frågor där andelen positiva svar var lägst
Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt? (93% positiva svar)	Brukar du kunna påverka vid vilka tider personalen kommer? (46% positiva svar)
Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den hemtjänst du har? (85% positiva svar)	Brukar personalen meddela dig i förväg om tillfälliga förändringar? (56% positiva svar)
Känner du förtroende för personalen som kommer hem till dig? (83% positiva svar)	Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på hemtjänsten? (62% positiva svar)
Brukar personalen ta hänsyn till dina åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras? (80% positiva svar)	Brukar personalen ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete hos dig? (73% positiva svar)
Hur lätt är det att få kontakt med personalen vid behov? (79% positiva svar)	Händer det att du besväras av ensamhet? (15 % svarade att de ofta besväras av ensamhet)

Källa: Kolada.

Jämförelser med övriga kommuner i landet visar att Trelleborg är bland de 25 procent av kommunerna med lägst resultat på flertalet frågeställningar. Kommunernas resultat för andel personer som uppgett att hemtjänstpersonalen alltid eller oftast tar hänsyn till deras åsikter och önskemål framgår nedan. Blå markering avser resultatet för Trelleborgs kommun.

Bild 1. Jämförelse av kommuners resultat på frågan om personalen brukar ta hänsyn till åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras (2020).



⁹ Den nationella brukarundersökningen har inte genomförts under 2021. Enkäter kommer att skickas ut i januari 2022.

Källa: Kolada.

Avdelningschef för vård och omsorg har en referensgrupp för anhöriga som träffas två gånger per år. Syftet är att få återkoppling på vad anhöriga tycker fungerar bra och mindre bra i verksamheten och att beakta detta i utvecklingsarbetet.

3.3.2. Bedömning

Vi bedömer att nämnden delvis har säkerställt brukarnas delaktighet i vårdens utförande. Bedömningen grundar sig på att det finns ett strukturerat arbetssätt för att tillse att kontaktperson utses och för att genomförandeplaner upprättas och följs upp. Det framgår dock att pandemin medfört att kunden inte alltid är delaktig i upprättandet och att kvaliteten av dokumentationen har nedprioriterats. Vi bedömer att detta utgör en brist som nämnden bör arbeta aktivt för att åtgärda.

Vidare noterar vi att resultatet på den nationella brukarundersökningens fråga om personalen tar hänsyn till kunders åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras är lågt. Vi ser positivt på att enheterna analyserar och vidtar åtgärder utifrån resultatet i Socialstyrelsens brukarundersökning.

3.4. Personalens medverkan

Detta avsnitt ämnar besvara revisionsfrågan om socialnämnden har säkerställt personalens medverkan i kvalitetsarbetet inom hemvården.

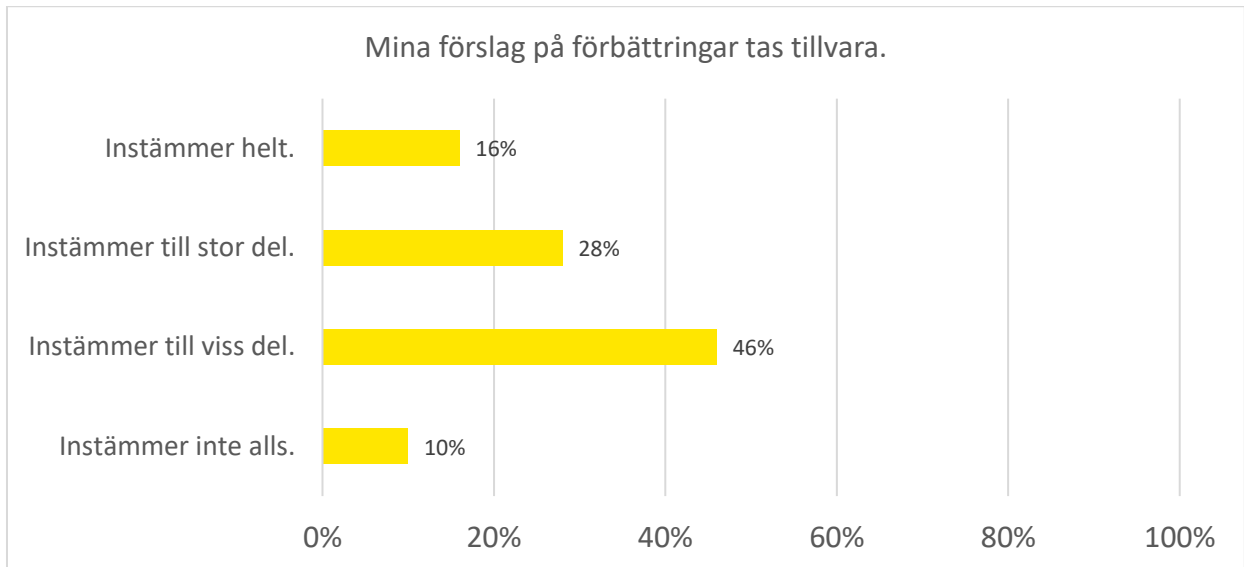
3.4.1. Iakttagelser

Det framgår av nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete att samtliga medarbetare kontinuerligt ska delta i det systematiska kvalitetsarbetet och vara delaktiga i framtagande, utvärdering och vidareutveckling av rutiner och metoder. Vidare ska de tillämpa gällande rutiner och arbeta för ökad måluppfyllelse.

Enhetschefer uppger att personalen framförallt medverkar i kvalitetsarbetet genom medarbetarsamtal och på arbetsplatsträffar. I dessa forum sker diskussion kring verksamheten och dess kvalitet. Enligt intervjuade förekommer det även att medarbetare kommer till enhetschef med synpunkter och idéer som avser verksamhetens kvalitet och kvalitetsarbete. Intervjuade medarbetare upplever att de generellt får gehör för sina förbättringsförslag och att det finns en god dialog i arbetsgrupperna kring uppmärksammade problem som behöver lösas. Den höga personalfrånvaron under pandemin uppges dock ha påverkat detta negativt då akuta situationer har behövt prioriteras. Som tidigare nämnts uppger medarbetare att de inte alltid har kunnat arbeta i enlighet med verksamhetens upprättade processer och rutiner under rådande pandemi.

Av diagrammet nedan framgår enkätresultatet avseende huruvida medarbetarna upplever att deras förslag på förbättringar tas tillvara:

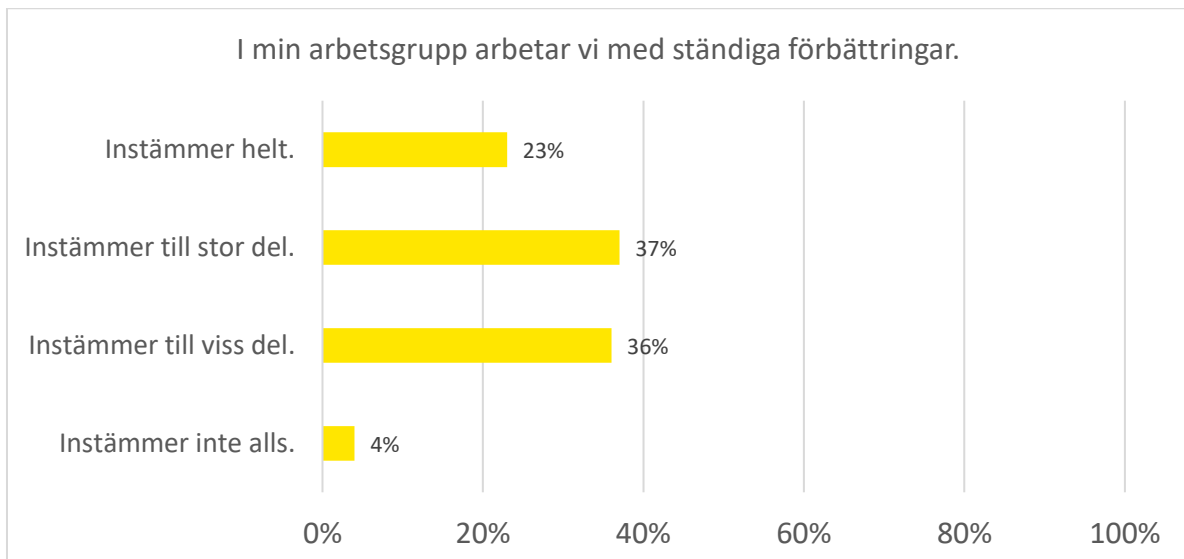
Diagram 2. Granskningens enkätresultat avseende förslag på förbättringar.



Resultatet visar att 44 procent av de svarande instämmer helt eller till stor del i påståendet om att deras förslag på förbättringar tas tillvara. 46 procent av de svarande instämmer till viss del medan tio procent inte alls instämmer i påståendet.

Enkätresultatet utifrån påstående om arbetsgrupperna arbetar med ständiga förbättringar framgår nedan:

Diagram 3. Granskningens enkätresultat avseende arbete med förbättringar.



Resultatet visar att de svarande har olika uppfattning avseende huruvida deras arbetsgrupp arbetar med ständiga förbättringar.

Avvikelsehantering

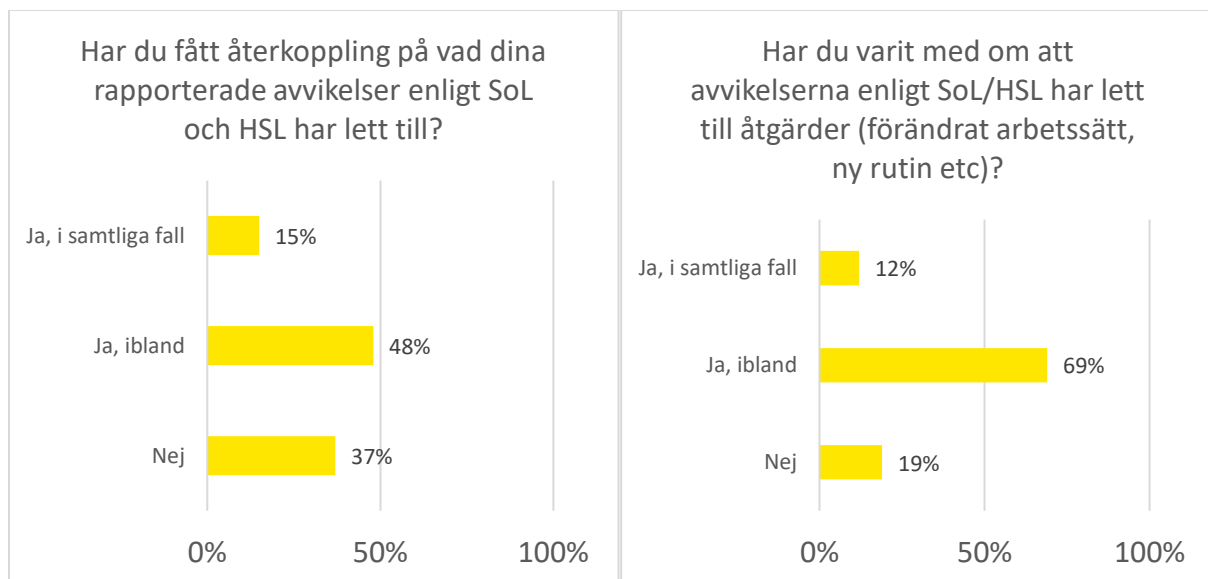
Samtliga medarbetare är skyldiga att rapportera vårdskador och risker för vårdskador respektive missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Därtill ska de bidra till att identifiera om det förekommer avvikelser i verksamheten. Intervjuade chefer uppger att det finns en god kultur av att rapportera avvikelser i verksamheten.

Rutinen är att medarbetare dokumenterar avvikelser i kundernas journaler och rapporterar detta till enhetschef. Av granskningens enkätresultat framgår att 91 procent av de svarande medarbetarna vet hur de ska rapportera avvikelser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Enligt uppgift får medarbetare information om att de ska och hur de ska rapportera in avvikelser på arbetsplatsträffar.

Enhetschefer dokumenterar rapporterade avvikelser i verksamhetssystemet Lifecare där resultat av utredda avvikelser och vidtagna åtgärder följs upp. Enligt uppgift ser enhetschefer över vilka avvikelser som har rapporterats in varje vecka medan resultat av utredningar och åtgärder följs upp månadsvis.

Intervjuade medarbetare framhåller att det finns en risk för att samtliga avvikelser inte rapporteras på grund av stress och bristande teknisk kunskap. Detta kan innebära att medarbetare inte dokumenterar avvikelser om de inte har tillgång till stöd. Av diagrammen nedan framgår att medarbetarna har olika upplevelser av huruvida de får återkoppling efter inrapporterade avvikelser och om det leder till att åtgärder vidtas:

Diagram 4 och 5. Granskningens enkätresultat avseende avvikelser.



Diagrammen ovan visar att endast 15 procent av de svarande som har rapporterat avvikelser uppger att de har fått återkoppling i samtliga fall som de har rapporterat avvikelser medan 48 procent uppger ibland och 37 procent uppger att de inte har fått någon återkoppling efter rapporterad avvikelse. Vidare noterar vi att 69 procent av de svarande som har rapporterat avvikelser uppger att det vidtas åtgärder efter avvikelser ibland medan endast 12 procent av de svarande uppger att det vidtas åtgärder i samtliga fall.

Vad gäller rapportering av missförhållande eller risk för missförhållande enligt lex Sarah är det endast 62 procent av de svarande medarbetarna som vet hur detta ska rapporteras. Enkätresultatet visar att 26 procent av de svarande är osäkra på hur de rapporterar

missförhållande eller risk för missförhållande och 12 procent av de svarande vet inte hur rapporteringen ska ske.

3.4.2. Bedömning

Vi bedömer att nämnden delvis har säkerställt personalens medverkan i kvalitetsarbetet inom hemvården. Bedömningen grundar sig på att det finns forum för personalen att medverka i kvalitetsarbetet. Vi bedömer dock att granskningens enkätresultat och intervjuer indikerar att strukturer för att ta tillvara medarbetares förslag på förbättringar behöver utvecklas.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framgår att en del i att tillse personalens medverkan i kvalitetsarbetet är att säkerställa att personalen arbetar i enlighet med de processer och rutiner som anges i ledningssystemet. Granskningen visar att medarbetarna inte har kunnat arbeta fullt ut i enlighet med processer och rutiner under pandemin på grund av personalbrist. Vi bedömer att detta utgör en risk för bristande kvalitet i utförandet och för att risker och brister inte uppmärksammas och åtgärdas.

Vidare bedömer vi att det är av vikt för nämnden att tillse kunskap och följsamhet till gällande rutiner för avvikelshantering. Återkoppling kring vad rapporterade avvikelser har lett till kan enligt vår bedömning öka personalens motivation och engagemang i kvalitetsarbetet.

3.5. Uppföljning och kontroll

Detta avsnitt ämnar besvara revisionsfrågan om socialnämnden har säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av kvalitet inom hemvården.

3.5.1. Iakttagelser

Uppföljning och kontroll av kvalitet inom hemvården sker genom olika processer såsom uppföljning av beviljade bistånd, uppföljning av nämndens mål och verksamhetens mål samt internkontroll och egenkontroll.

Individuppföljning

Biståndshandläggarna följer upp beviljade bistånd en gång per halvår i syfte att säkerställa att de beviljande insatserna överensstämmer med behoven. Kontaktpersonen följer kontinuerligt upp genomförandeplanerna och ansvarar för att dessa är aktuella. Enligt intervjuade finns det goda möjligheter för personal inom hemvården att påkalla möte med biståndshandläggare när det uppmärksammas behov av förändrade insatser. Vid behov deltar även legitimerad personal.

Enligt uppgift sker det ingen uppföljning av huruvida utförd tid stämmer överens med beviljad tid.

Uppföljning av mål

Nämndens effektmål följs upp i årsanalys och delårsrapport. Uppföljning av respektive hemvårdsenhets och vård- och omsorgsavdelningens mål ligger till grund för den samlade uppföljningen. Vi har tagit del av årsanalys 2020 och delårsrapport per 31 augusti 2021. Nedan redovisas uppföljning av mål som innefattar hemvården och som presenterades för nämnden i samband med delårsrapporteringen 2021:

Tabell 3. Mål och uppföljning vid delår (31 aug) 2021.

Effektmål	Indikatorer	Aktiviteter	Status och kommentar vid delår 2021
Socialnämnden i Trelleborg ska ha Sveriges bästa anhörigstöd	Minst 10% av anhöriga ska vara mer nöjda med anhörigstöd i november 2021.	Genomföra framtagen plan.	Pågående. All personal har utbildats inom anhörigvård.
Förtroendet för personalen ska öka.	Antalet personer som en kund träffar inom hemvården ska minska.	Antalet personal per kund ska minska från 17 till 15 enligt gängse mätning. Översyn ska göras kring schemaläggning i samtliga hemvårdsområden.	Målet är uppnått.
	Resultatet avseende förtroende för personalen ska öka i brukarundersökningen.	Implementera etiska riktlinjer inom VoO och LSS. Uppdrag självgranskning ska genomföras tillsammans med HR.	Pågående, men avviker med anledning av pandemin.
Antalet digital och/eller tekniska lösning ska öka	Antal lösningar.	Ta fram en plan för nya digitala/tekniska lösningar och genomföra den.	Pågående.

Av delårsrapporteringen framgår också att verksamheten bedöms klara lagkrav och kunna arbeta utifrån riktlinjer under året.

Årsanalys 2020 och delårsrapport 2021 innehåller därtill beskrivning av väsentliga händelser i verksamhet och organisation som kan ha påverkan på kvaliteten. Socialnämndens årsanalys för 2020 innehåller en konsekvensbeskrivning av coronapandemin, i vilken det framgår att mycket av det planerade utvecklingsarbetet inte kunde genomföras under året. Av delårsrapporten per augusti 2021 framgår att socialnämndens verksamheter fortfarande är påverkade av pandemin och har en ansträngd situation med personalbrist.

Av både årsanalys 2020 och delårsrapport per den 31 augusti 2021 framgår att volymerna inom hemvården har minskat på grund av att flera har tackat nej till de hemvårdsinsatser som de har beviljats, men också låtit bli att ansöka om stöd och hjälp. Detta har medfört minskade intäkter för hemvården.

Det framgår av årsanalysen för 2020 att de viktiga utmaningarna för samtliga verksamheter inom vård och omsorg framöver är att få ner sjuktalen, höja kompetensen i verksamheten, genomföra hälso- och sjukvårdsavtalet, få en ekonomi i balans och säkra den framtida personalförsörjningen. Årsanalys för 2021 är vid granskningens tidpunkt ännu inte upprättad.

Uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet

Nämnden upprättar en årlig kvalitetsberättelse och en årlig patientsäkerhetsberättelse. Kvalitetsberättelsen innehåller bland annat beskrivning av arbetet med processer och rutiner och samverkan samt resultat av det systematiska förbättringsarbetet genom redovisning av egenkontroll, synpunkter och klagomål och avvikelser. Rapporten redogör för resultat av brukarundersökningar och avslutas med att beskriva genomförda förbättringar under året och utvecklingsområden inför kommande år. Det framgår ingen information om genomförda riskanalyser.

Patientsäkerhetsberättelsen innehåller bland annat resultat och analys av egenkontroll, avvikelser, klagomål och synpunkter, händelser och vårdskador samt riskanalys.

Vi har tagit del av antalet rapporterade avvikelser inom hemvården. Förändrat verksamhetssystem och kategorisering försvårar jämförelser. Uppgifterna visar dock att antalet rapporterade avvikelser har minskat under 2021 i jämförelse med åren 2019 och 2020.

Tabell 4. Antal rapporterade avvikelser 2019–2021.

Avvikelseyp	Avvikelser 2019	Avvikelser 2020	Avvikelser 2021
Procapita	1998	1756	690
Lifecare SoL/LSS annan avvikelse	.98	68	276
Lifecare Vårdskada			682

Intervjuade från nämndens presidium uppger att de tar del av utredningar enligt lex Sarah och lex Maria i de fall de anmäls till Inspektionen för vård och omsorg. Inom hemvården har det anmälts tre missförhållanden enligt lex Sarah år 2021. Ingen vårdskada enligt lex Maria har anmälts under året. Enligt uppgift inkom samtliga lex Sarah-anmälningar i slutet av år 2021. Därmed pågår utredningar som ska vara klara först i februari 2022.

Nämnden får information varje månad avseende antal delegationsbeslut enligt socialtjänstlagen inom vård- och omsorg. I övrigt tar nämnden inte del av några nyckeltal kring hemvårdens volymer.

Egenkontroll

Det genomförs egenkontroll av att det finns aktuella genomförandeplaner inom hemvården. Resultat av genomförda kontroller dokumenteras i kvalitetsberättelsen, vilken beskrivits ovan. Kontrollen innebär att hemvårdens verksamhetsutvecklare ser över att samtliga kunder har dokumenterade genomförandeplaner och att dokumentationen är tillräcklig. Som tidigare nämnts visade kontrollen år 2020 att hemvården prioriterat ned dokumentationen i genomförandeplanerna.

Annan egenkontroll utgörs av rapportering och jämförelser av nationella kvalitetsregister samt brukarundersökningen och öppna jämförelser.

Internkontroll

Socialnämnden har beslutat om en internkontrollplan för år 2021. Planen innehåller en riskbedömning av samtliga av nämndens verksamheter. Följande risker har valts ut för granskning eller åtgärder:

- ▶ Rutiner för introduktion av nya medarbetare.
- ▶ Avtal för inköp av livsmedel ej följs.
- ▶ Bristfälliga arbetsplatser.
- ▶ Momsersättning till nämnden uteblir.
- ▶ Basala hygienrutiner inte följs.

För de risker som ska granskas framgår vad som ska granskas, med vilken metod, omfattning och vem som ansvarar för granskningen. För den risk som ska åtgärdas framgår hur den ska åtgärdas, tidplan för åtgärden och åtgärdsansvarig.

Planen innehåller ingen kontroll som endast avser hemvården.

Åtterrapporering till nämnd

Intervjuade från nämndens presidium uppger att de har god insyn i hemvårdens arbete utifrån att de tar del av års- och delårsrapportering, patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse. Nämnden tar del av eventuella lex Maria-, lex Sarah-anmälningar samt resultat av brukarundersökningar och medarbetarundersökningar. Presidiet gör även studiebesök i verksamheterna. Under pandemin har studiebesöken varit digitala och presidiet har avsatt 20–25 minuter vid varje möte för besöket. Digitala besök inom hemvården har enligt uppgift genomförts den 18 februari samt den 2 september år 2021. Se fullständig redovisning av vilken uppföljning nämnden tar del av i tabell 5 i bilaga 3, som innehåller resultat av granskning av socialnämndens protokoll under 2021.

3.5.2. Bedömning

Vi bedömer att nämnden till stora delar har säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av kvalitet inom hemvården. Bedömningen grundar sig på att det sker uppföljning av mål på samtliga nivåer i verksamheten samt att resultatet av nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete redovisas i årliga rapporter som till stora delar innehåller den information som Socialstyrelsen föreskriver. Vi bedömer dock att kvalitetsberättelsen bör kompletteras med information om arbetet med riskanalyser.

Vidare vill vi uppmuntra nämnden att komplettera uppföljning och kontroll med nyckeltal som visar på volymer, planerad och utförd tid inom hemvården för att säkerställa att korrekta analyser och underlag ligger till grund för styrning och ledning av verksamheten.

4. Sammanfattande bedömning

Det är vår sammanfattande bedömning att socialnämnden delvis har säkerställt att hemvård för äldre bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Vår bedömning grundar sig på att det råder utmaningar med personalbrist och kompetensförsörjning i organisationen som påverkar möjligheterna att säkerställa att den motsvarar behoven fullt ut. Vi noterar att organisationen har påverkats av pandemin och ser positivt på att det kommer ske en översyn av hur verksamheten ska planera hemvården framgent för att säkerställa en god och likvärdig vård.

Slutligen bedömer vi uppföljningen och kontrollen av kvaliteten inom hemvården som till stor del ändamålsenlig. Enligt vår bedömning bör kvalitetsberättelsen kompletteras med information om arbetet med riskanalyser och vi uppmanar nämnden att komplettera sin uppföljning med nyckeltal som visar på volymer samt planerad och utförd tid inom hemvården.

Revisionsfrågor	Svar
Har nämnden säkerställt en organisation som motsvarar behoven?	<p>Delvis. Bedömningen grundar sig på att det råder utmaningar med personalbrist och rekrytering av medarbetare med tillräcklig kompetens. Vi ser en risk i att kundernas behov inte alltid blir tillgodosedda samt att medarbetare inte arbetar fullt ut enligt beslutade processer på grund av tidsbrist.</p> <p>Vi noterar att organisationen har varit påverkad av pandemin och ser positivt på att det kommer ske en översyn över hur verksamheten ska planera hemvården framgent i syfte att säkerställa en god vård oavsett vilket hemvårdsområde kunderna befinner sig inom.</p>
Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning av hemvårdsverksamheten?	<p>Till stor del. Bedömningen grundar sig på att det finns mål för verksamheten som bryts ner till enhetsnivå utifrån lokala behov, där aktiviteter för att uppnå målen beslutas med tidplan och ansvariga. Det finns även ett ledningssystem som innehåller delar som ska finnas enligt lag och föreskrifter.</p> <p>Dock bedömer vi det som en brist att ledningssystemet reviderades senast 2014, då det hänvisar till en tidigare organisation, lagstiftning och former för verksamhetsplanering och uppföljning.</p>
Har nämnden säkerställt brukarnas delaktighet i vårdens utförande?	<p>Delvis. Bedömningen grundar sig på att det finns ett arbetssätt för att upprätta kontaktnaskap och genomförandeplaner. Vi ser dock en brist i arbetet med kundens delaktighet då genomförandeplaner enligt uppgift inte alltid har upprättats tillsammans med kunden under pandemin. Brukarundersökningen visar att kommunen är bland de 25 procent kommuner med lägst resultat på frågan om personalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras.</p>
Har nämnden säkerställt personalens medverkan i kvalitetsarbetet inom hemvården?	<p>Delvis. Bedömningen grundar sig på att det finns forum för personalen att medverka i kvalitetsarbetet. Vi</p>

	bedömer dock att granskningens enkätresultat och intervjuer indikerar att strukturer för att ta tillvara medarbetares förslag på förbättringar behöver utvecklas. Därtill bedömer vi att det är av vikt för nämnden att tillse kunskap och följsamhet till gällande rutiner för avvikelshantering där återkoppling ska ingå.
Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av kvalitet inom hemvården?	Till stor del. Bedömningen grundar sig på att det sker uppföljning av mål på samtliga nivåer i verksamheten samt att resultatet av nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete redovisas i årliga rapporter som till stora delar innehåller den information som Socialstyrelsen föreskriver. Vi bedömer dock att dokumentationen bör kompletteras med information om arbetet med riskanalyser.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi socialnämnden att:

- ▶ Säkerställa en bemanning och kompetensförsörjning som medför att medarbetarna kan tillgodose kundernas behov och arbeta enligt beslutade processer och rutiner.
- ▶ Säkerställa att det finns ett uppdaterat ledningssystem som är i enlighet med nuvarande organisation, lagstiftning och former för verksamhetsplanering och uppföljning.
- ▶ Säkerställa att samtliga medarbetare vet hur de ska rapportera avvikelser, missförhållande eller risk för missförhållande enligt lex Sarah.
- ▶ Tillse att medarbetare får återkoppling vid avvikelserapportering.

Trelleborg den 15 februari 2022

Sofia Holmberg
EY

Imelda Bengmark
EY

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade funktioner:

- ▶ Ordförande i socialnämnden
- ▶ Vice ordförande i socialnämnden
- ▶ Chef för vård och omsorg
- ▶ Biträdande chef för vård och omsorg
- ▶ Grupp enhetschefer från tre utvalda hemvårdsområden
- ▶ Grupp medarbetare från tre utvalda hemvårdsområden

Dokument:

- ▶ Verksamhetsplan för Socialnämnden, 2021
- ▶ Verksamhetsplan för vård- och omsorgsavdelningen, 2021
- ▶ Ledningssystem för Socialförvaltningen, 2014
- ▶ Organisationsschema för socialförvaltningen, 2020
- ▶ Totalt antal anställda inom socialförvaltningen, 2020
- ▶ Totalt antal anställda inom socialförvaltningen, 2021
- ▶ Rutin för hantering av synpunkter och klagomål, 2021
- ▶ Trelleborgs kommuns resultat av Socialstyrelsens undersökning *om hur de äldre tycker om äldreomsorgen*, 2020
- ▶ Årsanalys socialnämnden 2020
- ▶ Delårsrapport 2, 2021
- ▶ Internkontrollplan för socialnämnden 2021
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse för 2020
- ▶ Socialnämndens protokoll 2021
- ▶ Uppdragsbeskrivning kontaktmannens uppdrag
- ▶ Exempel på A3-plan från hemvårdsenhet
- ▶ Kvalitetsberättelse Socialförvaltningen, 2020
- ▶ Uppdragsbeskrivning teamledare, 2020

Bilaga 2: Enkätresultat

Jag arbetar som:	Antal:	Andel:
Undersköterska	59	67%
Vårdbiträde	29	33%
Total	88	-

Jag har arbetat inom hemvården i Ystads kommun i:	Antal:	Andel:
0-2 år	20	23%
3-9 år	26	30%
10 år eller längre	41	47%
Total	87	-

Vet du hur avvikelser enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska rapporteras?	Antal:
Ja	77
Nej	2
Jag är osäker	6
Total	85

Har du fått återkoppling på vad dina rapporterade avvikelser enligt SoL och HSL har lett till?	Antal:
Ja, i samtliga fall	12
Ja, ibland	38
Nej	29
Jag har inte rapporterat någon avvikelse	6
Total	85

Har du varit med om att avvikelserna enligt SoL/HSL har lett till åtgärder? (förändrat arbetssätt, ny rutin etc.)	Antal:
Ja, i samtliga fall	9
Ja, ibland	53
Nej	15
Jag har inte rapporterat någon avvikelse	5
Total	82

Vet du hur missförhållande/risk för missförhållande enligt lex Sarah ska rapporteras?	Antal:
Ja	52
Nej	10
Jag är osäker	22
Total	84

Har du fått återkoppling på vad dina rapporterade missförhållande/risk för missförhållande enligt lex Sarah har lett till?	Antal:
Ja, i samtliga fall	7
Ja, ibland	15
Nej	13
Jag har inte rapporterat något missförhållande/risk för missförhållande enligt lex Sarah	49
Total	84

Har du varit med om att rapporter enligt lex Sarah har lett till åtgärder? (förändrat arbetssätt, ny rutin etc)	Antal:
Ja, i samtliga fall	7
Ja, ibland	20
Nej	17
Jag har inte rapporterat något missförhållande/risk för missförhållande enligt lex Sarah	40
Total	84

	Instämmer inte alls		Instämmer till viss del		Instämmer till stor del		Instämmer helt		Totalt antal
	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	
Mina förslag på förbättringar tas tillvara	10%	8	46%	37	28%	23	16%	13	81
I min arbetsgrupp arbetar vi med ständiga förbättringar	4%	3	36%	29	37%	30	23%	19	81
I min arbetsgrupp finns det en fungerande samverkan mellan omsorgspersonal och legitimerad personal	1%	1	22%	18	46%	38	30%	25	82
Jag har tillräckligt med tid för att utföra mina arbetsuppgifter	10%	8	41%	32	33%	26	16%	13	79
Det finns tydliga rutiner för hur mitt arbete ska utföras	1%	1	19%	15	45%	36	35%	28	80
Jag känner till målen för den verksamhet jag arbetar i	1%	1	21%	17	37%	30	41%	34	82

Bilaga 3. Granskning av socialnämndens protokoll.

Tabell 5. Resultat av protokollsgranskning av socialnämndens protokoll 2021.

Protokoll	Punkter relaterade till styrning samt uppföljning och kontroll av hemvården
Protokoll socialnämnden 2021-01-28	<ul style="list-style-type: none"> Förvaltningschef informerar om pandemibekämpning
Protokoll socialnämnden 2021-03-02	<ul style="list-style-type: none"> Förvaltningschef informerar om hantering av Covid-19 Bokslut 2020 Rapporter enligt Lex Sarah kvartal 4 2020 Uppföljning av socialförvaltningens interna kontroll 2020
Protokoll socialnämnden 2021-03-25	<ul style="list-style-type: none"> Socialnämnden beslutar att inrätta en hälsoorganisation Förvaltningschef informerar om hantering av covid-19 Verksamhetsrapportering med information om verksamhetsstatistik för vård- och omsorg
Protokoll socialnämnden 2021-04-20	<ul style="list-style-type: none"> Socialnämnden beslutar: <ul style="list-style-type: none"> Att föreslå kommunfullmäktige att besluta om införande av intraprenad inom socialnämndens ansvarsområde Att ge förvaltningen i uppdrag att skapa riktlinjer och förutsättningar för driftsformen intraprenad Att ge förvaltningen i uppdrag att säkerställa en enhet med denna driftsform är klar för uppstart vid ingången av 2022. Förvaltningschef informerar om hantering av covid-19 Delårsrapport 1 år 2021
Protokoll socialnämnden 2021-05-11	<ul style="list-style-type: none"> Socialnämnden beslutar att förvaltningen ges i uppdrag att ta fram en plan för att säkerställa att samtlig personal inom vården på sikt ska ha undersköterskekompetens Förvaltningschef informerar om hantering av pandemin Kvalitetsberättelse 2020 Patientsäkerhetsberättelse 2020 Rapporter enligt Lex Sarah kvartal 1 2021
Protokoll socialnämnden 2021-06-10	<ul style="list-style-type: none"> Förvaltningschef informerar om hantering av pandemin Budgetförslag 2022-2024

Protokoll socialnämnden 2021- 08-19	<ul style="list-style-type: none"> • Socialnämnden beslutar: <ul style="list-style-type: none"> - Att uppdra åt förvaltningen att bedriva ett treårigt kompetensutvecklingsprojekt - Att uppdra åt förvaltningen att inom ramen för detta projekt ta fram en projektplan med tydliga åtgärder och mätbara mål i syfte att under projekttiden uppnå intentionerna i Initiativärende 2020-10-20 från SD och § 70 sn 2021-05-11 från M och KD - Att uppdra åt förvaltningen att presentera planen för nämnden för godkännande vid nämndens sammanträde i december.
	<ul style="list-style-type: none"> • Förvaltningschef informerar om hantering av pandemin
Protokoll socialnämnden 2021- 09-16	<ul style="list-style-type: none"> • Förvaltningschef informerar om hantering av pandemin och granskningar som görs av IVO • Delårsrapport 2 • Rapporter enligt Lex Sarah kvartal 2 2021
Protokoll socialnämnden 2021- 10-21	<ul style="list-style-type: none"> • Socialnämnden beslutar att ge förvaltningen i uppdrag att ta fram en projektplan för ett sk fallprojekt till de målgrupper som anges i sammanfattningen och redovisa för nämnden senast vid decembersammanträdet. (Avser utbildning för medarbetare som vårdar yngre äldre i hemmet)
Protokoll socialnämnden 2021- 11-18	<ul style="list-style-type: none"> • Förvaltningschef informerar om hantering av pandemin och lex Sarah-rapporter • Rapporter enligt Lex Sarah kvartal 3 2021 • Internkontroll 2022
Protokoll socialnämnden 2021- 12-09	<ul style="list-style-type: none"> • Socialnämnden beslutar att godkänna projektplan fallprojekt
	<ul style="list-style-type: none"> • Förvaltningschef informerar om pandemiläget