Granskning av hemtjänsten och anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria

Rapport

Tranemo kommun

2025-09-24

Antal sidor 26

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 Sammanfattning 3

2 Bakgrund 5

3 Syfte och revisionsfrågor 5

4 Avgränsning 6

5 Revisionskriterier 6

6 Metod 6

7 Resultat av granskningen 8

7.1 KARTLÄGGNING 8

7.2 målstyrning 10
7.2.1 Bedömning 11

7.3 roll- och ansvarsfördelning 11
7.3.1 Bedömning 12

7.4 riktlinjer och rutiner för arbetet 13
7.4.1 Biståndsbedömning 13
7.4.2 Verkställandet av insatser 14
7.4.3 Kompetensförsörjning 15
7.4.4 Bedömning 16

7.5 Systematiskt arbete och kontroller 16
7.5.1 Internkontroll 16
7.5.2 Avvikelser, lex Sarah och lex Maria 17
7.5.3 Bedömning 18

7.6 Uppföljning 18
7.6.1 Ekonomi 19
7.6.2 Kvalitet 19
7.6.3 Bedömning 21

7.7 Vidtagna åtgärder 21
7.7.1 Bedömning 23

8 Samlad bedömning och rekommendationer 25

1 Sammanfattning

Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av hemtjänstverksamheten med en tillräcklig intern kontroll.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen endast delvis säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av hemtjänstverksamheten med en tillräcklig intern kontroll.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

Revisionsfråga	Bedömning
Har kommunstyrelsen fastställt tydliga verksamhetsmål som är kända och tillämpas inom verksamheten?	Endast delvis
Finns det tydliga rutiner avseende ansvar och roller i arbetet med styrning, ledning och uppföljning?	Ja
Har kommunstyrelsen upprättat riktlinjer gällande arbetet med hemtjänsten?	Ja
Finns rutiner och arbetssätt inom schemaläggningsprocessen som ger förutsättningar för kontinuitet inom hemtjänsten?	Nej
Finns det ett systematiserat arbetssätt för att säkerställa att arbetet sker i enlighet med styrande dokument?	Endast delvis
Har kommunstyrelsen genomfört en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi på området?	I allt väsentligt
Har kommunstyrelsen genomfört en strukturerad uppföljning och kontroll av kvalitet på området?	Endast delvis
Har kommunstyrelsen vidtagit åtgärder vid iakttagna brister i arbetet?	Endast delvis
Har kommunstyrelsen vidtagit erforderliga åtgärder för att säkerställa kontinuitet inom hemtjänsten?	Endast delvis
Har kommunstyrelsen följt upp eventuella åtgärder som vidtagits?	Endast delvis

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Säkerställa att arbetet med mål sker i enlighet med gällande styrmodell.
- Fastställa rutiner för schemaläggningsprocessen vad gäller kontinuitetsfrågan.
- Säkerställa att det finns systematiska egenkontroller i verksamheten.
- Säkerställa att samtliga avvikelser hanteras och utreds skyndsamt.
- Säkerställa att det sker en strukturerad uppföljning av det samlade kvalitetsarbetet och överväga att årligen upprätta en kvalitetsberättelse.
- Säkerställa att det finns dokumenterade arbetssätt för hur planeringsarbetet ska ske för ökad personalkontinuitet.
- Säkerställa att beslutade åtgärder med syfte att hanterade påvisade risker/ brister genomförs och får önskad effekt.

2 BAKGRUND

Azets har fått i uppdrag av Tranemos kommuns revisorer att granska kommunstyrelsens styrning, ledning och uppföljning av hemtjänstverksamheten. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2024.

Hemtjänsten är en central och viktig välfärdstjänst. En åldrande befolkning, i kombination med att fler äldre bor kvar i sina hem allt längre, innebär ett växande behov av stöd från hemtjänsten.

I socialtjänstlagen anges att äldre personer så långt det är möjligt ska kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet ska ges. Hemtjänst är bistånd i form av service och personlig omvårdnad i hemmet. Hemtjänst kan exempelvis bestå av hjälp med hygien, stöd vid förflyttning samt hjälp med dagliga sysslor som städning, inköp och matlagning.

Vidare finns föreskrifter som redogör för att kommunen genom ett ledningssystem fortlöpande ska fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet, planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Av tidigare genomförd revisionsgranskning inom äldreomsorgen 2023 framgår det att Tranemo hade en bättre personalkontinuitet i jämförelse med rikssnittet under 2022 avseende hemtjänsten. Vid granskningen framkom dock en kraftig försämring av kontinuiteten under 2023. Av iakttagelserna i granskningen från 2023 framgår det att det finns ett pågående arbete som syftar till högre personalkontinuitet via exempelvis omsorgskontakt och förstärkt planeringsfunktion.

Med anledning av ovanstående drar kommunens revisorer slutsatsen i sin riskanalys, att kommunstyrelsens styrning, ledning och uppföljning bör bli föremål för granskning. Granskningen avser även att följa upp tidigare lämnad rekommendation från granskningen som genomfördes 2023 samt framdrift av tidigare beskrivna arbeten som syftar till högre personalkontinuitet.

3 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR

Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av hemtjänstverksamheten med en tillräcklig intern kontroll.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Har kommunstyrelsen fastställt tydliga verksamhetsmål som är kända och tillämpas inom verksamheten?
- Finns det tydliga rutiner avseende ansvar och roller i arbetet med styrning, ledning och uppföljning?
- Har kommunstyrelsen upprättat riktlinjer gällande arbetet med hemtjänsten?
- Finns rutiner och arbetssätt inom schemaläggningsprocessen som ger förutsättningar för kontinuitet inom hemtjänsten?
- Finns det ett systematiserat arbetssätt för att säkerställa att arbetet sker i enlighet med styrande dokument?
- Har kommunstyrelsen genomfört en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi på området?

- Har kommunstyrelsen genomfört en strukturerad uppföljning och kontroll av kvalitet på området?
- Har kommunstyrelsen vidtagit åtgärder vid iakttagna brister i arbetet?
- Har kommunstyrelsen följt upp eventuella åtgärder som vidtagits?

Granskningen avser även att följa upp efterlevnad av nedanstående rekommendation som lämnades vid granskningen av äldreomsorgen från 2023:

- Hur ser personalkontinuiteten ut inom hemtjänsten?
- Har kommunstyrelsen vidtagit erforderliga åtgärder för att säkerställa kontinuitet inom hemtjänsten? Genomförs något arbete i syfte att minimera antalet arbetstagare som arbetar med varje enskild brukare?

Granskning avser även beskriva:

- Hur Tranemo kommun förhåller sig i jämförelse med liknande kommuner vad gäller kostnader för hemtjänsten under de senaste fem åren.
- Hur Tranemo kommun förhåller sig i jämförelse med liknande kommuner vad gäller personalkontinuitet för hemtjänsten under de senaste fem åren.
- Hur avvikelserapporter och utredningar av avvikelser har utvecklats under de senaste tre åren.
- Hur rapporter och anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria har utvecklats under de senaste tre åren.

4 AVGRÄNSNING

Granskningen har avgränsats till kommunstyrelsens verksamhetsområde.

5 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap. 6 §, 6 kap. 7 §
- Socialtjänstlagen (2001:453), 3 kap 3 §, 5 kap. 4–6 §§
- Patientsäkerhetslagen (2010:659), 3 kap 1–3, 5–7 och 10 §
- SOSFS 2011:9 Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- SOSFS 2011:5 Föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah
- Styrmodell för Tranemo kommun

6 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av bland annat styrmodell för Tranemo kommun, kommunstyrelsens reglemente, kommunstyrelsens delegeringsordning, metodstöd för planering och

uppföljningsprocessen, riktlinjer för internkontroll och riktlinje för serviceinsatser inom hemtjänsten.

- Intervjuer har genomförts med de tre ledamöterna från kommunstyrelsen som också ingår i omsorgsutskottet, sektionschef, chefer inom hemtjänsten, tjänsteperson ansvarig för utredning av missförhållanden samt övriga tjänstepersoner som bedöms relevanta.
- Stickprovsvisa kontroller av utredningar av avvikelser samt rapporter avseende lex Sarah samt lex Maria. Vi har tagit del av en sammanställning av samtliga avvikelser och rapporter gjorde under 2024 i verksamheten. Av dessa har 18 slumpmässiga avvikelser valts ut för granskning samt samtliga rapporter som avsett lex Sarah och lex Maria.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.

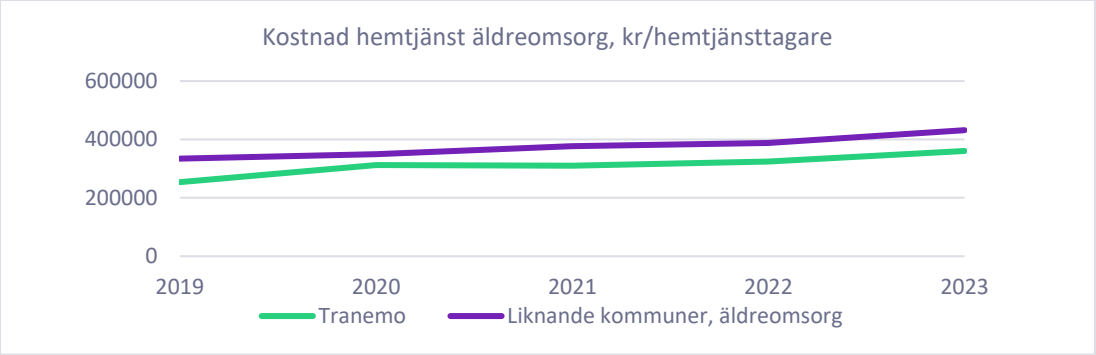
Samtliga intervjuade har givits möjlighet att faktakontrollera rapporten.

7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

7.1 KARTLÄGGNING

Enligt offentliga data[1] är kostnaden för hemtjänst per hemtjänsttagare lägre i Tranemo jämfört med liknande kommuner.

Diagram1. Kostnad hemtjänst äldreomsorg, kr/hemtjänsttagare.

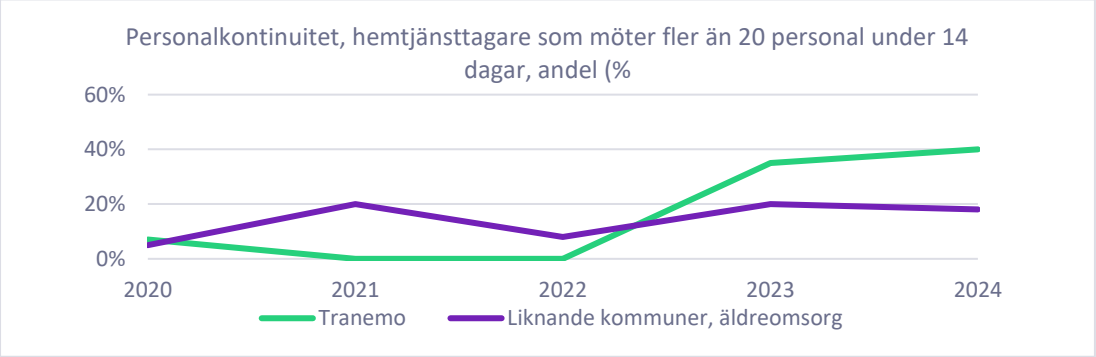


Källa: Kolada ID N21006

I gruppen för liknande kommuner ingår Hylte, Lessebo, Surahammar, Svenljunga, Sävsjö, Öckerö och Örkelljunga. Av diagrammet framgår att kostnaden för hemtjänst per hemtjänsttagare har ökat i både Tranemo och gruppen för liknande kommuner mellan 2019 och 2023. Under hela tidsperioden har kostnaden varit lägre i Tranemo.

Avseende personalkontinuitet inom hemtjänsten framgår det av offentliga data att Tranemo har haft en sämre kontinuitet jämfört med liknande kommuner mellan 2022 och 2024. Mellan 2020 och 2022 var kontinuiteten bättre i Tranemo jämfört med liknande kommuner.

Diagram 2. Personalkontinuitet, hemtjänsttagare som möter fler än 20 personal under 14 dagar, andel (%).



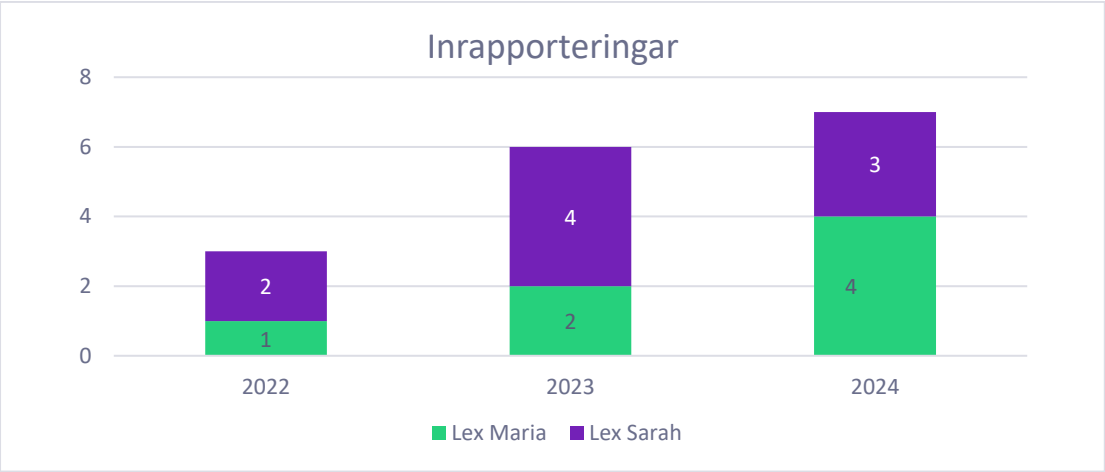
Källa: Kolada ID U21436

Det framförs vid faktakontrollen att metoden för framtagande av data kring personalkontinuitet ändrades under 2022. Det uppges att mätningarna efter 2022 sker på ett mer korrekt sätt. Kommunen ska sakna ett insatsplaneringssystem med en välfungerande rapportgenerator.

Det framgår av interna data att antal inrapporterade Lex Maria och Lex Sarah har ökat något under de tre senaste åren. Till och med juni 2025 hade en Lex Sarah rapporterats under året. Ingen Lex Maria hade rapporterats under denna tidsperiod.

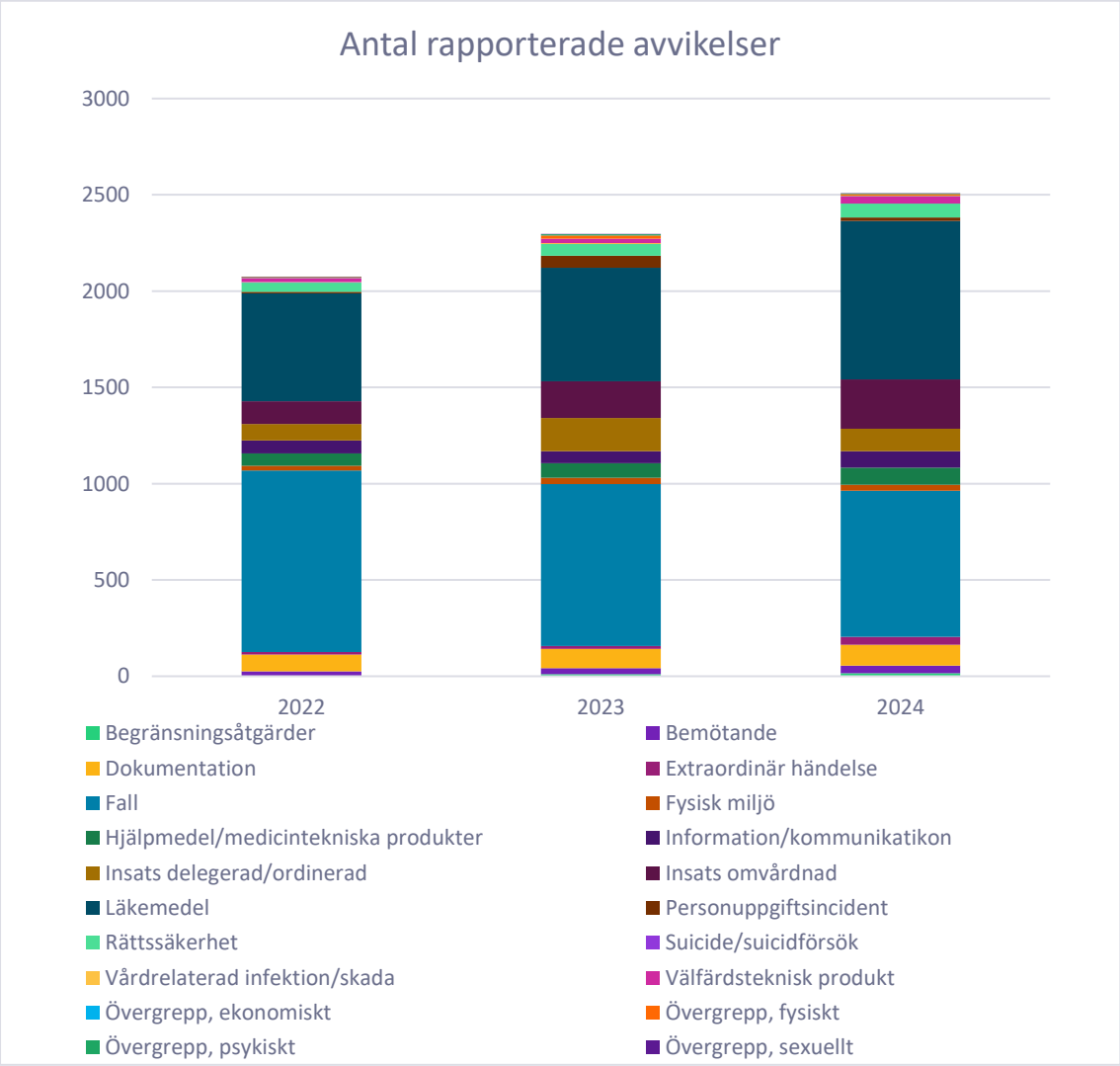
[1] RKA – Rådet för främjande av kommunala analyser

Diagram 3. Rapporterade Lex Maria och Lex Sarah.



Källa: interna data

Diagram 4. Rapporterade avvikelser per område.



Källa: interna data. År 2024 infördes ”systemfel” som område. 24 avvikelser rapporterades under året.

7.2 MÅLSTYRNING

Kommunfullmäktige har fastställt en äldreplan[2], vilket är ett strategiskt dokument som styr hur kommunen ska utvecklas för att möta de äldre invånarnas behov. Äldreplanen gör bland annat gällande att kommunen ska möjliggöra kvarboende för de individer som önskar detta. Detta kan till exempel ske genom hemtjänstinsatser samt god och nära vård.

Av kommunfullmäktiges vision och strategiska plan[3] framgår kommunens vision för 2035 ”*Tranemo är en hållbar och attraktiv kommun som kännetecknas av kreativitet och framtidstro*”. Utifrån visionen har ett flertal utvecklingsområden formulerats, vilka sedan bryts ner till utvecklingsmål.

Ett av utvecklingsområdena i den strategiska planen är ”*Ett levande Tranemo*”, vilket brutits ner i tre utvecklingsmål:

- Kommuninvånarens perspektiv är utgångspunkt för verksamheten
- Hållbart samhälle
- 14 000 invånare år 2035

Utvecklingsmålen ska utgöra grunden för verksamheternas utvecklings- och förbättringsarbete. Det beskrivs att förvaltningen ska utarbeta strategier och/eller aktiviteter till respektive mål. Samtliga utvecklingsmål ska även vara kopplade till en eller flera indikatorer.

På verksamhetsnivå har kvalitetsfaktorer och utvecklingsmål från kommunfullmäktiges strategiska plan brutits ner i verksamhetsplaner. Hemtjänst norr och hemtjänst söder har varsin verksamhetsplan för 2024 som gör gällande för de kvalitetsfaktorer verksamheter är av störst betydelse. Avseende målgrupp och verksamhet har hemtjänstgrupperna samma kvalitetsfaktorer:

- Målgrupp:
    - Självbestämmande, respekt för privatliv och personlig integritet
    - Trygghet
    - Individanpassning och delaktighet
    - Bemötande
- Verksamhet:
    - Meningsfullhet och sammanhang
    - Insatser av god kvalitet

Kopplat till arbetsmiljö och ekonomi skiljer det sig någorlunda mellan hemtjänstgruppernas utvalda kvalitetsfaktorer. Avseende arbetsmiljö har hemtjänstgrupp söder ”god arbetsmiljö” medan hemtjänstgrupp norr har valt ut ”hög närvaro på arbetsplatsen” och ”kompetenshöjning”. Kopplat till ekonomi har båda grupperna valt ut ””merkostnad övertid/fyllnadstid” och ”körtider” medan hemtjänstgrupp norr även valt ut ”god ekonomisk hushållning”.

Av hemtjänstgruppernas verksamhetsplaner för 2024 framgår även vilka utvecklingsmål som grupperna bedömt viktigast. Hemtjänstgrupp norr har valt ut:

- Kompetensutveckling: öka kunskaper inom psykiska ohälsa och missbruk.
- Teamkänsla: få grupperna att arbeta mer som team.
- Ringblomman: nya aktiviteter för gästerna.

[2] Kommunfullmäktige 2022-09-19, § 112
[3] Kommunfullmäktige 2023-09-21, §128

- Samverkan mellan yrkesgrupperna: täta kontakt med sjuksköterskor, hemtjänst och bistånd.
- Samverkan med färdtjänst: bättre kommunikation.
- Digitala inköp: införa detta under 2024.

Hemtjänstgrupp söder har valt ut följande utvecklingsmål för 2024:

- Kvalitetsarbete: arbeta aktivt utifrån resultat av kvalitetsregister samt upprätta och följa upp genomförandeplaner.
- Arbetsmiljöarbete: skapa ett fungerande team samt utveckla individuellt ansvarstagande gällande att följa rutiner och handlingsplaner.
- Kompetensutveckling: ökad kunskap inom psykisk ohälsa och missbruk för trygg och säker hantering.

7.2.1 Bedömning

Vår bedömning är att det endast delvis finns fastställda tydliga verksamhetsmål som är kända och tillämpas inom verksamheten.

Det finns mål fastställda på enhetsnivå som utgår från kommunfullmäktiges övergripande mål och vision. Dock saknas mål fastställda för verksamheten på övriga beslutsnivåer. Enligt kommunens styrmodell som beskrivs i nästa avsnitt ska varje beslutsnivå beskriva prioriterade utvecklingsmål och kritiska kvalitetsfaktorer.

7.3 ROLL- OCH ANSVARSFÖRDELNING

Kommunfullmäktiges styrmodell[4] gör gällande att varje beslutsnivå i kommunen ska definiera sitt uppdrag, förhålla sig till sina ekonomiska ramar samt beskriva prioriterade utvecklingsmål och kritiska kvalitetsfaktorer. Även ansvaret för att följa upp verksamheternas mål och resultat omfattar samtliga organisatoriska nivåer.

Enligt kommunstyrelsens reglemente[5] ska styrelsen fullgöra kommunens uppgifter enligt lagar och förordningar inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården samt ansvarar för berörd driftverksamhet. Vidare framgår det av reglementet att det ska finnas tre utskott inom kommunstyrelsen för beredning och verkställighet, däribland omsorgsutskottet.

Det framgår av regler för kommunstyrelsens beredande utskott 2024[6] att omsorgsutskottets ansvarsområden omfattar socialtjänstens ansvarsområde samt kommunal hälso- och sjukvård. Utskottets sammanträden ska enbart behandla ärenden som ska beslutas eller ge förslag till beslut till kommunstyrelsen eller kommunfullmäktige. Informationsärenden förs utanför sammanträdet och protokollförs inte.

[4] Kommunfullmäktige 2020-10-12 § 109
[5] Kommunfullmäktige 2024-06-27, § 96
[6] Kommunstyrelsen 2024-06-27, § 97

Metodstöd för planering och uppföljningsprocessen[7] syftar till att beskriva hur verksamheterna ska arbeta för att genomföra den styrning som styrmodellen beskriver. Enligt metodstödet ska planerings- och uppföljningsprocessen utgå från följande tre steg:

1) Analys av förutsättningar och resultat (genomförande av nulägesanalys)
2) Planering och prioritering (planera och utarbeta en verksamhetsplan för året)
3) Uppföljning och säkerställande av genomförande (ska genomföras genom vertikala dialoger)

Processen konkretiseras och visualiseras i ett årshjul som framgår av metodstödet. Det framgår vidare av metodstödet att arbetet med nulägesanalysen påbörjas genom att chef genomför en dialog med överordnad chef för att planera processen. Vid utarbetandet av nulägesanalys ska ledningsgrupp eller arbetslag, beroende på chefstjänst, vara delaktiga genom att bidra med insikter. Nulägesanalysen ska utgå från bland annat kommunens vision och utvecklingsområden samt en SWOT-analys[8]. Analysen utmynna i prioriterade utvecklingsmål.

Enligt metodstödet inleds steget för planering och prioritering med att chef genomför en dialog med överordnad chef för att planera processen. Syftet med processen är att identifiera och beskriva faktorer som är kritiska för verksamhetens kvalitet. Till varje kvalitetsfaktor ska det tillföras en eller flera kvalitetsindikatorer för uppföljning.

Metodstödet gör gällande att arbetet ska följas upp genom dialoger tre gånger per år som överordnad chef sammankallar till. Inför samtliga dialoger ska måluppfyllelsen bedömas. Utöver dialogerna bör chef kontinuerligt följa upp sin egen plan i samband med till exempel ledningsgruppsmöten eller arbetsplatsträffar.

Metodstödet inkluderar checklistor för dialogerna som ska genomföras under planerings- och uppföljningsprocessens tre steg.

Genom delegationsordningen[9] har kommunstyrelsen gjort gällande att handläggare har delegation på beslut om bistånd i form av hjälp i hemmet (hemtjänst). Vidare har socialassistent/ handläggare/automatiserad beslutsfunktion delegation på beslut om bistånd i form av trygghetslarm. Enhetschef har delegation på beslut om bistånd i form av plats i särskild boendeform inom kommunen och enligt riktlinjer.

7.3.1 Bedömning

Vår bedömning är att det finns tydliga rutiner avseende ansvar och roller i arbetet med styrning, ledning och uppföljning.

Förutom den beslutade delegationsordningen finns framtagna årshjul och metodstöd som tydliggör ansvar och roller på området. Dessa dokument tydliggör och konkretiserar arbetet med styrning, ledning och uppföljning enligt styrmodellen.

[7] Datering och information om beslutsinstans saknas
[8] Styrkor, Svagheter, Möjligheter och Hot
[9] Kommunstyrelsen 2024-04-29, § 74

7.4 RIKTLINJER OCH RUTINER FÖR ARBETET

7.4.1 Biståndsbedömning

Biståndshandläggning

Det framgår av riktlinje för biståndshandläggning enligt socialtjänstlagen[10] att riktlinjen ska användas som styrdokument för de handläggare som utreder och fattar delegationsbeslut om bistånd inom äldreomsorgen enligt socialtjänstlagen (SoL). Enligt riktlinjen beviljas hemtjänst under dygnets alla timmar som punktinsatser. Det beskrivs att punktinsatser kan innebära återkommande och täta besök. Vid behov av tillsyn dygnet runt (vak) ska beslut fattas av ansvarig sjuksköterska och berörd enhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det uppges i riktlinjen att insatserna skall planeras i nära samverkan med den enskilde och med anhöriga och/eller övrigt nätverk om det önskas. Vid bedömning ska också kostnaden för insatsen vägas in i förhållande till andra insatser som bedöms tillgodose den enskildes behov. Riktlinjen för biståndshandläggning gör vidare gällande för vad som kan ingå i hemtjänst.

Riktlinje för serviceinsatser inom hemtjänsten[11] anger vad som är skälig levnadsnivå utan att vara absoluta regler. Det beskrivs att det alltid ska genomföras en individuell behovsbedömning. Om sakliga skäl föreligger motiverar detta avsteg från riktlinjerna. Vidare framgår beskrivningar av ett flertal serviceinsatser inom hemtjänsten.

Det uppges vid intervju att biståndsenheten fattar ett myndighetsbeslut om insats i hemmet. Det beskrivs att beslutet innehåller ett övergripande mål för insatsen. I beslutet anges det även en nivå på omfattning enligt en tre-gradig skala (1–3).

Social dokumentation

Funktionschef för vård och omsorg har fastställt en instruktion för upprättande, uppföljning och avslut av social dokumentation inom hemtjänsten[12]. Instruktionen är fastställd 2017 har giltighetsdatum till januari 2020.

Det framgår av instruktionen att dennes syfte är att tydliggöra arbetsmetoden för hur beviljade insatser ska utföras samt att tillse att brukaren är delaktig, nöjd och trygg med utförandet.

Av instruktionen framgår att en brukares kontaktperson utses i arbetsgruppen i samråd med dokumentationsombud och områdeschef. Det ska finnas en utsedd kontaktperson i samband med att insatsen påbörjas. Det framgår vidare att utsedd kontaktperson är ansvarig för att utarbeta en genomförandeplan. Planen ska vara färdigställd inom två veckor från och med att insatsen påbörjats. När genomförandeplanen är fastställd ska en anteckning i social journalen göras. Planen ska sedan följas upp och eventuellt revideras efter två till tre månader.

Instruktionen gör gällande att en genomförandeplan bland annat ska innehålla en gemensam målsättning, brukarens önskemål samt beskrivningar av vad som ska utföras vid besök och vad brukaren kan göra på egen hand.

Beslut om fast omsorgskontakt

I syfte att säkerställa efterlevnad till bestämmelsen i socialtjänstlagen (2001:453) om att erbjuda fast omsorgskontakt har hemtjänsten fastställt en rutin för fast omsorgskontakt[13]. Enligt rutinen är verksamhetschef för vård och omsorg ansvarig för att rutinen revideras en gång per år, vid lagändring och/eller behov.

---

[10] Kommunstyrelsen 2023-06-08, §137
[11] Kommunstyrelsen 2022-11-28
[12] Funktionschef vård och omsorg 2017-05-02
[13] Omsorgshandledare. Datering saknas.

Rutinen gör gällande att bedömning om att erbjuda fast omsorgskontakt ska baseras på vilka insatser den enskilde har, den enskildes hälso- och funktionstillstånd samt den enskildes omgivningsfaktorer. Det framgår vidare att planerare i hemtjänsten är ansvarig för att göra denna bedömning samt utse fast omsorgskontakt i samband med nytt uppdrag för ny brukare. För omsorgstagare med pågående insatser från hemtjänsten ansvarar kontaktperson/medarbetare för att kontinuerligt följa upp behovet av fast omsorgskontakt i samband med omsorgsplaneringen. Om det uppstår ett behov ska planerare informeras om detta.

Enligt rutinen har enhetschef det yttersta ansvaret för att tillse att den fast omsorgskontakten har tillräckliga förutsättningar för att utföra sitt uppdrag.

7.4.2 Verkställandet av insatser

Insatser i hemmet

Enligt instruktion för upprättande, uppföljning och avslut av social dokumentation inom hemtjänsten ska en genomförandeplan beskriva var, när och hur hjälp i hemmet ska utföras. Genomförandeplanen ska göra gällande vilka insatser som ska genomföras utifrån uppdrag samt vad brukaren kan göra på egen hand.

Kommunen har en lathund[14] för utarbetande av genomförandeplan i verksamhetssystem.

Det finns en checklista som ska användas inför delegering av nyanställd[15]. Checklistan ska signeras av både den nyanställde och mentor. Det framgår av checklistan att delegeringen är giltig från och med att den nyanställde signerar delegeringen i verksamhetssystemet. Det är medarbetarens ansvar att meddela enhetschef och planerare i hemtjänsten om delegeringen blivit godkänd eller ej. Det framgår även att delegeringen är tidsbegränsad och att det är medarbetarens ansvar att genomföra ett nytt kunskapstest för att förlänga denna. Det framförs vid intervju att chefer även kan kontrollera om medarbetaren har en giltig och godkänd delegering i verksamhetssystemet.

I kommunens verksamhetssystem finns det en handbok för användning av systemet som riktar sig till omvårdnadspersonalen. Handboken innehåller bland annat vägledningar och lathundar för social dokumentation och hälso- och sjukvårdsdokumentation. Av handboken framgår bland annat hur medarbetare ska signera sina delegeringar. Det framgår även kopplat till utarbetande av genomförandeplan att hemtjänsten enbart ska ange beviljade insatser enligt socialtjänstlagen i planen.

Det finns även en handbok för användning av verksamhetssystemet i mobiltelefon. Det finns även en särskild lathund för digital läkemedelssignering i mobiltelefon.

Vid introduktion av nyanställd eller vikarie ska en checklista för hygiengenomgång fyllas i och sedan lämnas till enhetschef. Det framgår vidare att enhetschef ska informera om möjliga arbetsrättsliga påföljder och tillse att nyanställd personal skriver på intyg om mottagen hygieninformation.

Vid ett nytt ärende eller vid förändring hos befintlig brukare ska personalens arbetsmiljö bedömas. För denna riskbedömning ska en checklista[16] användas. Checklistan gör gällande att personal/fast omsorgskontakt/kontaktman i arbetsgruppen är ansvarig för att fylla i checklistan inom en vecka från det att förändringen skett. Den ifyllda checklistan ska sedan signeras av enhetschef. Det framgår vidare att det ska genomföras en ny riskbedömning varje halvår.

[14] Datering saknas
[15] Datering saknas
[16] 2024-10-17

Uppföljning på individnivå

Instruktion till omvårdnadsplanering[17] (OPL) gör gällande att chef är ytterst ansvarig för OPL-möten. Det framgår vidare att samtliga yrkesprofessioner ska vara delaktiga och förberedda vid mötena. Det ska även finns en gemensam struktur eller mall för mötena. Det är dokumentationsombudet eller enhetschefen som ska avgöra och planera för vilka brukare som ska behandlas under mötet. Det är upp till varje berörd kontaktman/fast omsorgs kontakt att gå igenom genomförandeplanen tillsammans med brukare eller närstående samt prata med nattpersonal inför OPL-mötet. Efter mötet ska kontaktman/fast omsorgskontakt uppdatera genomförandeplanen samt dokumentera i social journal om att OPL-mötet har genomförts.

Det framförs vid intervju att OPL-möte genomförs var fjortonde dag, förutom under semesterperioderna och röda helgdagar. Det framförs vidare att det inte kontrolleras att varje tillfälle utförs. Dock ska det genomföras en kontroll av att samtliga brukare har behandlats vid OPL-möte minst två gånger per år.

Det framgår av instruktionen för upprättande, uppföljning och avslut av social dokumentation inom hemtjänsten att genomförandeplanen alltid ska följas upp i samband med att brukarens behov förändras. Det framgår vidare att genomförandeplanen ska följas upp två till tre månader efter upprättande vid ett nytt uppdrag. Därefter ska planen följas upp två gånger per år. Om behovet är oförändrat vid en uppföljning ska personalen notera detta i journalen.

7.4.3 Kompetensförsörjning

Schemaplanering

Vi har tagit del av ett dokument som gör gällande att medarbetare ska lämna in schemaförslag i verksamhetssystemet. Förslag på schema ska hanteras av verksamhetens schemaombud (undersköterskor i verksamheten med särskilt sido-uppdrag som schemaombud), vilka ska göra beräkningar för ett preliminärt schema. Schemaombud kan schemalägga för medarbetare som antingen begärt detta eller som inte lämnat in förslag för angiven tid. Det uppges även vara schemaombudets ansvar att kontrollera att samtliga har lagt in fridagar och helger enligt avtal samt utbildningar och arbetsplatsträffar (APT).

Enligt dokumentet för schemaläggning vi tagit del av ska det genomföras ett ”diffmöte” inför fastställande av schema. Under mötet löses differenser i schemat (alltså brister eller över-/ underskott på personal kontra behov). Enligt överenskommelse får schemaombuden diffa åt arbetsgruppen. Schemaombuden ska även tillföra resurspass och samplanering. Det är vidare enhetschef som är ansvarig för att fastställa schemat senast två veckor innan start.

Schemaombud ska kontakta enhetschef vid de tillfällen då någon inte lägger in schema eller diffar efter angivna tidsintervaller, inte korrigerar i den omfattning som krävs för att tillgodose verksamhetens behov eller om någon inte kan enas för att färdigställa schemat.

Dokumentet för schemaläggningsprocessen har inte varit känd av samtliga intervjupersoner. Det uppges även vid intervju att den process som anges i dokumentet inte är helt överensstämmande med den nuvarande processen där dokumentet bland annat beskriver funktioner som inte längre finns i kommunen.

Det uppges vid intervju att det finns en viss obalans i schemaläggningen mellan hemtjänstgrupperna, vilket gör det viktigt att arbeta över gruppgränserna. Detta uppges vara en anledning till att kontinuiteten kan vara sämre för en del brukare.

[17] Ledningsgruppen 2023-11-27

Korttidsfrånvaro och vikariehantering

Enligt rutin för frånvaro och friskanmälan i hemtjänst[18] är medarbetare ansvariga för att anmäla sjukfrånvaro och göra friskanmälan. Anmälan ska ske via telefonsamtal, och inte textmeddelande. Medarbetaren ska göra sin anmälan till planerare inom hemtjänsten.

Det framförs vid intervju att hemtjänsten använder sig av Arbetsmiljöverkets checklista[19] för att undersöka medarbetarnas arbetsmiljö regelbundet.

Enligt intervjuuppgift är det schemaombuds ansvar att göra en vikariebeställning när bemanning saknas i schema samt ändra aktivitet på resurspass vid sjukfrånvaro. Det framförs vidare att enhetschef är ansvarig för ersättare vid schemaombudsbyte eller annan frånvaro.

7.4.4 Bedömning

Vår bedömning är att kommunstyrelsen har upprättat riktlinjer gällande arbetet med hemtjänsten.

Det finns flertal riktlinjer beslutade för arbetet med hemtjänst såväl vad gäller beslut om hemtjänst som verkställandet av insatserna.

Vår bedömning är att det inte finns rutiner och arbetssätt inom schemaläggningsprocessen som ger förutsättningar för kontinuitet inom hemtjänsten.

Det saknas dokument som anger hur schemaläggning ska ske med utgångspunkt i kontinuitetsfrågan. Den schemaläggningsprocess som dock finns dokumenterad är inte känd av alla berörda och den uppges inte heller vara helt aktuell. Som nämnd i avsnitt 3.1 försämrades även kontinuiteten inom hemtjänsten mellan 2022 och 2024.

7.5 SYSTEMATISKT ARBETE OCH KONTROLLER

7.5.1 Internkontroll

Enligt riktlinje för internkontroll[20] ska styrelsen ansvara för att leda, samordna, styra och utöva uppsikt över kommunens och nämndernas verksamheter. Det beskrivs att det är styrelsens skyldighet att styra och följa upp den interna kontrollen. Styrningen sker genom riskbedömningar, vilka ska fungera som underlag för planering av kontroller. Kommunstyrelsen ska anta en särskild plan för kommande periods granskning av den interna kontrollen inför varje verksamhetsår.

Vidare framgår av riktlinjen för internkontroll att sektionscheferna ansvarar för att planerade kontrollerna genomförs och rapporteras till kommunstyrelsen. Sektionschefen bär även ansvar för att leda arbetet med den interna kontrollen inom respektive sektion. En särskild uppföljningsrapport för intern kontroll ska utarbetas och rapporteras till kommunstyrelsen efter kalenderårets slut.

[18] 2024-10-28
[19] Bra arbetsmiljö på väg. 2005
[20] Kommunstyrelsen 2022-09-26

Kommunstyrelsens plan för intern kontroll 2024[21] inkluderar sju kontrollmoment:

- Kontroll om avvikelseutredningar genomförs inom två dagar, max en vecka.
- Kontroll om dokumentation av åtgärder till följd av inrapporterade avvikelser är utförda.
- Kontroll om åtgärder som är vidtagna till följd av inrapporterade avvikelser är återkopplade ut till verksamheten.
- Kontroll om avvikelser har följts upp och är avslutade.
- Kontroll av att planerade hemtjänstinsatser genomförs.
- Kontroll av att genomförandeplan upprättas och revideras med korrekt tidsintervall.
- Kontroll av att genomförandeplan innehåller mål och metod.

7.5.2 Avvikelser, lex Sarah och lex Maria

Enligt kommunstyrelsens delegationsordning har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) delegation på beslut om att avsluta utredning enligt Lex Sarah med bedömning eller ställningstagande. Det är även MAS som har delegation på beslut om att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande. Det beskrivs vid intervju att MAS vanligen involveras tidigt i processen när det bedöms handla om mer komplexa avvikelser.

Lex Sarah - rutin[22] gör gällande att rapportering ska ske till verksamhets- eller sektionschef, alternativt socialt ansvarig samordnare (SAS), om närmsta chef berörs av missförhållandet. Det uppges vid intervju att kommunen inte längre har en anställd SAS. Det framgår vidare av rutinen att SAS ska utreda händelsen om konsekvensen för den enskilde bedöms katastrofal eller om den sammanvägda allvarlighetsbedömningen är tio eller högre. Vid intervju uppges att kommunens MAS ska utreda ärenden om den sammanvägda allvarlighetsbedömningen är åtta eller högre.

Det framförs vid faktakontrollen att det pågår en översyn av verksamhetssystemet och arbetet med egenkontroller kopplat till avvikelsehantering. Det uppges även att det finns planer på att införa egenkontroller för följsamhet till basala hygienrutiner.

I faktakontrollen framförs det att det pågår ett arbeta med att ta att fram utbildningsmaterial för avvikelsehantering. Materialet ska presenteras i chefsgruppen och på samtliga enheter. Det ska även pågå en parallell översyn av avvikelsemodulen i syfte att förenkla rapporteringen. Det framförs vidare att rutinen för avvikelsehantering ska uppdateras och det ska även bildas en avvikelsegrupp inom äldreomsorgen. Gruppen ska bland annat bedöma vilka åtgärder som kan åtgärdas direkt av gruppen och vilka som behöver utredas av enhetschef eller MAS. Gruppen ska även sammanställa antalet avvikelser och åtgärder till enhetscheferna.

Stickprov

22 ärenden har granskats. Samtliga rapporter och utredningar har granskats i sin helhet mot kontrollpunkter som tagits fram med utgångspunkt i gällande lagstiftning och lokala rutiner.

Av de 22 granskade avvikelserapporterna har samtliga dokumenterats enligt rutin där konsekvensbedömning gjorts och omedelbara åtgärder framgår.

8 av rapporterna har inte hanterats enligt rutin där slutförd utredning saknas. Av de 14 utredningar som gjorts har 10 utredningar saknat en fullständig händelseanalys. Det framgår förvisso orsak men det saknas en fullständig beskrivning och analys av händelseförlopp. Vi noterar att de 4 ärenden som har en sådan är ärenden som utretts inom ramen för Lex Sarah eller Lex Maria. I samtliga 14

[21] Kommunstyrelsen 2024-03-28, § 39 / Kommunstyrelsen 2024-08-29, § 143
[22] Omsorgssektionens ledningsgrupp 2023-12-01

utredningar finns bedömning av allvarlighetsgrad, sannolikhet och riskvärde, vilket även återfinns i ett par av ärendena som inte har en komplett utredning. Vidare har det i samtliga 14 utredningar funnits en beskrivning av vidtagna åtgärder. I de fall behov av uppföljning bedömts föreligga har uppföljning planerats och genomförandet har därefter dokumenterats.

I de fall riskvärde överstigit nivå för krav på konsultation med MAS eller MAR (5 av avvikelserna) har detta i samtliga utom i en av avvikelserna. I de fall riskvärde överstigit nivå för att MAS eller MAR (4 av avvikelserna) ska utreda har detta skett i samtliga avvikelser.

Av de 22 avvikelserna som granskats har utredning startats i 18 fall (se nedan tabell på tid). I de 4 fall som utredning inte startats har det gått mellan 4 och 14 månader sedan rapport inkommit (vid datum för stickprov).

<1 vecka	<2 veckor	<1 mån
10	5	3

Av de 22 avvikelserna som granskats har utredning slutförts i 14 fall (se nedan tabell på tid). I de 8 fall som utredning inte slutförts har det gått mellan 4 och 14 månader sedan rapport inkommit (vid datum för stickprov).

<1 vecka	<2 veckor	<1 mån	<2 mån	<3 mån	3 mån+
2	0	5	3	2	2

Vi noterar att det saknas tidsangivelser i rutiner för hantering av utredningarna.

7.5.3 Bedömning

Vår bedömning är att det endast delvis finns ett systematiserat arbetssätt för att säkerställa att arbetet sker i enlighet med styrande dokument.

Det finns ett internkontrollarbete som fångar upp flera delar, det saknas dock mer systematiska kontroller som sker regelbundet och dokumenteras.

Vad gäller de systematiska kvalitetsarbetet bedömer vi att det föreligga brister i skyndsamhet då ett flertal avvikelser vid vår stickprovskontroll legat ohanterade under lång tid. Vi bedömer att det är en brist att det saknas tidsangivelser i rutiner för hantering av utredningar av avvikelser. Även om det saknas gällande lagstiftning som anger hur snabbt en utredning av avvikelser ska färdigställas menar vi att arbetet inte blir systematiskt om avvikelser inte hanteras skyndsamt. Detta då avvikelser riskerar att upprepas om det inte utreds och åtgärder sätts in skyndsamt. Vad gäller exempelvis utredningar av lex Sarah finns tydligare lagstiftning. Det framgår av föreskrifter att utredning av lex Sarah ska lämnas till IVO senast två månader efter att anmälan har gjorts.

Verksamheten uppger dock vid faktakontroll att har planerat vissa åtgärder.

7.6 Uppföljning

Enligt metodstöd för planering och uppföljningsprocessen ska det genomföras en dialog med överordnad chef inför redovisning vid både tertial 1 och tertial 2. Under dialogerna har

rapporterande chef en möjlighet att stämma av hur arbetet enligt plan bedrivs. Om förutsättningarna har förändrats finns det möjlighet att förankra justeringar av plan.

7.6.1 Ekonomi

Vi har tagit del av månatliga ekonomiska uppföljningar för de två hemtjänstområdena. Utöver en ekonomisk redovisning består uppföljningarna av analyser kring det ekonomiska resultatet. Det framgår även prognoser för det ekonomiska resultatet per helår.

Under året har även de två hemtjänstgrupperna följt upp ekonomin genom tertialrapporter. Vid tertial 1 prognostiserade hemtjänstgrupp norr ett ekonomiskt underskott mot budget på -4,4 mnkr per helår medan hemtjänstgrupp söder prognosticerade ett underskott på -1,3 mnkr. Vid tertial 2 prognostiserade hemtjänstgrupp norr ett underskott på -2,3 mnkr per helår och hemtjänstgrupp söder ett underskott på -1,2 mnkr. Till den ekonomiska redovisningen framgår förklaringar och analyser till vad underskottet beror på.

Enligt omsorgssektionens årsredovisning 2024[23] redovisade hemtjänsten ett underskott på -4,9 mnkr per helår. Det framförs i årsredovisningen att kostnaderna för bilar har ökat betydligt jämfört med föregående år. Det uppges även att hemtjänsten haft en hög sjukfrånvaro, vilket bidragit med ökade kostnader för övertid och timvikarier. Den främsta anledningen till underskottet uppges vara att den schemalagda tiden på dagtid har varit högre än vad som ryms i budget. För att hantera det ekonomiska läget har ett arbete påbörjats för att styra om insatser från morgon till eftermiddag för att jämna ut arbetsbelastningen över dagen.

Av protokoll kan vi utläsa att kommunstyrelsen haft en ekonomisk uppföljning i samband med förvaltningens informationspunkt i februari 2024[24]. Av protokollet framgår att kommunstyrelsen fattade beslut om att ge förvaltningen i uppdrag att till nästa månadsuppföljning återkomma med förslag på åtgärder för en budget i balans. Vid nästkommande sammanträde[25] beslutade styrelsen att ge förvaltningen i uppdrag att till nästa sammanträde återkomma med åtgärder för de sektioner som prognosticerar underskott. Kommunstyrelsen beslutade även att återställa kommunreserven om 5 mnkr och med anledning av detta fastställa prognosen till +23 mnkr. Vi kan inte utläsa av protokoll att denna rapportering genomfördes vid nästkommande sammanträde.

Kommunstyrelsens övriga ekonomiska uppföljningar är Tertialuppföljning 1[26], Delårsbokslut 2f[27] samt Årsredovisning 2024[28].

7.6.2 Kvalitet

Av omsorgssektionens patientsäkerhetsberättelse 2024[29] framgår bland annat att återkommande orsaker i utredningar vid allvarlig vårdskada och allvarligt missförhållande är brister i följsamhet och kännedom om rutiner, instruktioner och checklistor. Med anledning av detta ska ett årshjul innehållande rutiner och instruktioner utarbetats. Det framförs i patientsäkerhetsberättelsen att rutiner ska behandlas varje månad i samband med arbetsplatsträff (APT). Det uppges bland annat att det är allt svårare att rekrytera vård- och omsorgspersonal med rätt utbildning, varav kompetens måste utarbetas och säkras inom verksamheten.

I patientsäkerhetsberättelsen 2024 redogörs det för vilka kompetensutvecklande insatser som genomförts inom sektionen under året. Det framgår även att det utarbetats ett utbildningsårshjul.

[23] Omsorgssektionen
[24] KS 2024-02-22, § 27
[25] KS 2024-03-28, § 60
[26] KS 2024-06-13, § 108
[27] KS 2024-10-24, § 186
[28] KS 2025-03-27, § 34
[29] Kommunstyrelsen 2025-05-22

Det beskrivs att årshjulet planeras att tas i bruk under våren 2025. Vi har tagit del av ett utkast till årshjulet.

Det framgår av patientsäkerhetsberättelsen 2024 att några sjuksköterskor valt att avsluta sin tjänst, vilket medför en förlust av kunskap, erfarenhet och kompetens. Det anges även att det är färre av sjuksköterskorna som har en distriktssjuksköterskeutbildning eller äldresjuksköterskeutbildning. Verksamheten uppges vara i behov av sjuksköterskor medyrkeserfarenhet, dels för att bibehålla kompetens, dels för att handleda och stötta mindre erfarna sjuksköterskor.

Uppföljning av verksamhetsmål

Under året har de två hemtjänstgrupperna följt upp sitt arbete för uppfyllelse av verksamhetsmål genom tertialrapporter. Till respektive prioriterat utvecklingsmål och kvalitetsfaktor framgår en bedömning av måluppfyllelse samt en analys.

Vid tertial två bedömer hemtjänstgrupp att fyra prioriterade utvecklingsmål inte uppnås:

- Teamkänsla: arbetat har inte kunnat påbörjas på grund av högsjukfrånvaro.
- Samverkan mellan yrkesgrupperna: med anledning av personalbortfall och flera konsuler hos myndighet uppges det inte varit möjligt att genomföra mötena. till mötena.
- Samverkan med färdtjänst: framgår att nya tag kommer att tas under hösten 2024.
- Digitala inköp: ingen förklaring/analys anges.

För hemtjänstgrupp söder saknas det bedömning för fyra av de sju utvecklingsmålen. Det har inte skett någon uppföljning av de utvalda kvalitetsfaktorerna.

Av tertialrapporterna framgår beskrivningar av genomförda och planerade åtgärder för uppfyllelse av verksamheternas mål.

Enligt omsorgssektionens årsredovisning har samtliga utvecklingsmål uppnåtts på sektionsnivå med undantag för "Plan över lokalbehov fram till 2030", vilken uppges vara ersatt av arbete med kommunens övergripande lokalförsörjningsplan. Utöver detta uppges samtliga fyra kvalitetsfaktorer för sektionen vara uppfyllda.

Det framförs i vård och omsorgs årsredovisning 2024 att samtliga utvecklingsmål är uppfyllda med undantag för fordonsskador inom hemtjänsten. Det anges att enhetscheferna har rapporterat ökade kostnader för fordon. Det avser främst ökade kostnader för däck. Målet avseende värdegrundssatsning flyttas över till 2025. Det framförs vidare att merparten av kvalitetsmått har uppnått godkänt kvalité med undantag för enhetschefernas arbetsmiljö samt individanpassning och delaktighet kopplat till brukare.

Arbete med avvikelser

Det framförs vid intervju att varje chef ska granska sina respektive avvikelser tertialvis. Granskningen ska omfatta tre avvikelser.

Det framgår av patientsäkerhetsberättelsen 2024 att fyra händelser bedömts som allvarliga och skickats till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) enligt lex Maria. Det framförs att bristande följsamhet till rutiner och checklistor samt bristande kommunikation mellan omvårdnadspersonal och dokumentation är bidragande orsaker till samtliga händelser som utretts. De åtgärder som vidtagits med anledning av avvikelserna uppges till exempel vara utbildning i basala hygienrutiner, införande av hygienkörkort, lyftkörkort, säkerställa kommunikation i teamet samt revidering av rutiner, instruktioner och arbetsordning.

Enligt patientsäkerhetsberättelsen 2024 har tre händelser bedömt som allvarliga och skickats till IVO enligt lex Sarah. Bidragande orsaker i samtliga fall är de som även anges för händelser som anmälts

enligt lex Maria. Det framgår att de åtgärder som vidtagits med anledning av avvikelserna är utarbetande av nya rutiner och checklistor samt framtagande av signeringslistor, rutin för rapportering och ett nytt biståndshandläggningssystem.

Vi har tagit del av en sammanställning av samtliga inrapporterade avvikelser samt en sammanställning av inrapporterade avvikelser enligt Lex Maria och Lex Sarah under 2024.

Enligt patientsäkerhetsberättelsen 2024 har det registrerats 2 604 avvikelser under år 2024. Det uppges vara en liten ökning jämfört med föregående år. Det beskrivs att de flesta avvikelser avser fall och läkemedelsavvikelser. Fallavvikelserna uppges vara något färre än föregående år.

Vår bedömning är att kommunstyrelsen i allt väsentligt genomfört en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomi på området.

7.6.3 Bedömning

Vi baserar vår bedömning på att det finns en strukturerad uppföljning och kontroll av ekonomin på olika nivåer i verksamheten. Detta arbete har dokumenterats där såväl utfall, prognos och analyser framgår.

Vår bedömning är att kommunstyrelsen endast delvis genomfört en strukturerad uppföljning och kontroll av kvalitet på området.

Vi baserar vår bedömning på att det finns strukturerad uppföljning inom ramen för patientsäkerhetsarbetet samt i målarbetet där vissa verksamhetsmål följts upp. Dock saknas en strukturerad uppföljning och kontroll av kvalitetsfaktorer samt såväl löpande och samlade rapporter gällande kvalitetsarbetet som helhet till kommunstyrelsen.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att varje vårdgivare årligen bör upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Av denna bör framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och stärka verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som har vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts. Även om detta är en generell rekommendation vill vi påpeka att denna typ av arbete skulle kunna förbättra kommunstyrelsens kvalitetsarbete genom en mer sammanhållen och transparent bild av kvalitetsarbetet.

Vad gäller patientsäkerhetshetsberättelsen ska vårdgivaren enligt gällande lagstiftning fastställa en patientsäkerhetsberättelse senast 1 mars årligen. Under 2025 godkände kommunstyrelsen patientsäkerhetsberättelsen 22 maj.

7.7 Vidtagna åtgärder

Under 2023 genomförde kommunrevisionen en granskning av kommunstyrelsens förmåga att styra, leda och följa upp äldreomsorgsverksamheten. Vid den tidigare granskningen rekommenderades kommunstyrelsen att;

- säkerställa att korrekt data inrapporteras framledes, samt vidta åtgärder för att korrigera tidigare års felaktiga uppgifter,
- vidta åtgärder vad avser målarbetet, där de prioriterade målen ej har uppnåtts per delåret samtidigt som resultatet påvisar en försämring i jämförelse med föregående år,
- säkerställa att bristerna avseende genomförandeplanerna åtgärdas snarast, där det finns betydande brister,
- analysera och vidta erforderliga åtgärder för att säkerställa brukarnas delaktighet, särskilt avseende hemtjänsten,
- vidta erforderliga åtgärder för att säkerställa kontinuitet inom hemtjänsten,
- vidta åtgärder för att minska personalomsättning, som ett led i att säkerställa kompetensförsörjning och bemanning,
- genomföra en översyn och utveckling av introduktionsprocessen,
- säkerställa ett strukturerat, systematiskt och dokumenterat internkontrollarbete på sektionsnivå inför 2024,
- säkerställa att det pågående arbetet avseende processer med identifiering av risker och kontrollmål till respektive process fullföljs,
- säkerställa att en uppföljningsrapport avseende sektionens interna kontroll upprättas, innehållande resultatet av genomförda kontroller och åtgärder vid avvikelser. Rapporten ska tillställas kommunstyrelsen, samt
- tillse att styrelsens interkontrollplan för 2024 omfattar fler sektionsspecifika risker, i syfte att fylla sin funktion. I internkontrollplanen för 2023 har endast en risk identifierats vad avser omsorgssektionen, vilket inte är tillräckligt för att införskaffa en rimlig säkerhet.

Med anledning av granskningens rekommendationer har omsorgssektionen utarbetat en handlingsplan med ett flertal åtgärder, däribland att genomföra egna stickprov på personalkontinuitet. Det uppges även att rutiner och arbetssätt inom hemtjänsten ska tydliggöras för att öka kommunikation och dialog för brukares delaktighet avseende insatser.

Kommunstyrelsen har fattat beslut[30] om att uppdra förvaltningen att återkomma med en uppföljning av genomförda åtgärder till kommunstyrelsen och omsorgsutskottet i samband med tertialuppföljning 2 år 2024. Det framgår bland annat av kommunstyrelsens uppföljning[31] att verksamheten utför egna stickprov kring personalkontinuitet i tertialrapporter. Det framgår även att rutiner för uppföljning av genomförandeplanen finns och är implementerade för både vård- och omsorgsboende samt hemtjänst. Gällande att tydliggöra rutiner och arbetssätt anges att aktiviteter återfinns i verksamhetsplan för 2024 hos verksamhetschef för vård och omsorg. Det samma anges gällande åtgärder i respektive hemtjänstgrupp samt planeraruppdrag för att säkerställa kontinuiteten inom hemtjänsten. I samband med uppföljningen fattade kommunstyrelsen beslut om att ge förvaltningen i uppdrag att återkomma i februari 2025 med en uppföljning av åtgärderna. Vi kan inte utläsa av protokoll att kommunstyrelsen följt upp arbetet i februari 2025.

I samband med kommunstyrelsens verksamhetsuppföljning per tertial 1 år 2024[32] beslutade styrelsen att föreslå kommunfullmäktige att avsätta 3 mnkr i syfte att motverka de negativa effekterna som identifierats kopplat till 11h/dygnsvila. Detta ska användas för att tillse att arbete sker var tredje helg från augusti 2024.

[30] Kommunstyrelsen 2024-01-18, § 4
[31] Kommunstyrelsen 2024-10-24, § 189
[32] Kommunstyrelsen 2024-06-13, § 108

Det uppges vid intervju att riskområdena som inkluderades i kommunstyrelsens plan för intern kontroll 2024 (se avsnitt 3.5.1) är en följd av genomförda verksamhetsuppföljningar.

7.7.1 Bedömning

Vår bedömning är att kommunstyrelsen endast delvis har vidtagit åtgärder vid iakttagna brister i arbetet.

Vår bedömning baseras bland annat på att kommunstyrelsen har fastställt en handlingsplan som utarbetades till följd av en tidigare revisionsgranskning. Dock påvisar denna granskning att arbetet med det systematiska ledningssystemet brister (se avsnitt 3.5). Det framgår även att kommunstyrelsen inte genomför en fullt ut strukturerad kvalitetsuppföljning (se avsnitt 3.6). Detta innebär att kommunstyrelsen inte kan besluta om åtgärder till följd av de brister som framkommer på verksamhetsnivå.

Vår bedömning är att kommunstyrelsen endast delvis vidtagit erforderliga åtgärder för att säkerställa kontinuitet inom hemtjänsten.

Vi kan konstatera att kommunstyrelsen har fastställt en handlingsplan innehållande åtgärder för att säkerställa kontinuiteten i hemtjänsten. Vi bedömer dock att åtgärderna inte är tillräckliga med anledning av att det bland annat av offentliga data framgår att kontinuiteten försämrats (se avsnitt 3.1). Vi har inte heller tagit del av styrande dokument som tydliggör hur hemtjänsten ska säkerställa personalkontinuiteten i det vardagliga arbetet.

Vår bedömning är att kommunstyrelsen endast delvis följt upp eventuella åtgärder som vidtagits.

Vad gäller arbetet med handlingsplanen som beskrivs ovan har kommunstyrelsen följt upp arbetet enligt fastställd handlingsplan under 2024. Vi bedömer det som en brist att kommunstyrelsen inte följt upp handlingsplanen enligt plan under 2025.

Några övriga uppföljningar av åtgärder kan vi inte se i kommunstyrelsens protokoll.

8 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om kommunstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av hemtjänstverksamheten med en tillräcklig intern kontroll.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen endast delvis säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning och uppföljning av hemtjänstverksamheten med en tillräcklig intern kontroll.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Säkerställa att arbetet med mål sker i enlighet med gällande styrmodell.
- Fastställa rutiner för schemaläggningsprocessen vad gäller kontinuitetsfrågan.
- Säkerställa att det finns systematiska egenkontroller i verksamheten.
- Säkerställa att samtliga avvikelser hanteras och utreds skyndsamt.
- Säkerställa att det sker en strukturerad uppföljning av det samlade kvalitetsarbetet och överväga att årligen upprätta en kvalitetsberättelse.
- Säkerställa att det finns dokumenterade arbetssätt för hur planeringsarbetet ska ske för ökad personalkontinuitet.
- Säkerställa att beslutade åtgärder med syfte att hanterade påvisade risker/ brister genomförs och får önskad effekt.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Joakim Hackström-Larsson

Verksamhetsrevisor/
Specialist socialtjänst

Liam Alldén

Verksamhetsrevisor