

# Mölnadals stad

## Granskning av kvalitet i äldreomsorgen



Building a better  
working world

## Innehåll

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Inledning .....</b>	<b>3</b>
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor .....	3
2.3. Avgränsning .....	3
2.4. Metod.....	3
2.5. Revisionskriterier.....	3
<b>3. Kvalitet inom äldreomsorgen .....</b>	<b>4</b>
3.1. Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsstyrning .....	5
3.2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete .....	6
3.3. Nämndens uppföljning av äldreomsorgens kvalitet.....	8
<b>4. Samlad bedömning .....</b>	<b>14</b>
4.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna .....	14
4.2. Slutsats .....	15
<b>Bilaga 1 – Bakgrund till granskningen.....</b>	<b>16</b>
<b>Bilaga 2 – Källförteckning.....</b>	<b>17</b>
<b>Bilaga 3 – Revisionskriterier.....</b>	<b>18</b>

## 1. Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Mölndals stad har EY granskat kvaliteten i äldreomsorgen. Granskningens syfte har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att kvaliteten i äldreomsorgen lever upp till kraven i lagstiftning, mål, uppdrag och antagna värdighetsgarantier.

Granskningen visar att vård- och omsorgsnämndens kvalitetsstyrning följer styrprinciperna i Mölndals stad. I verksamhetsplanen framgår nämndens grundläggande värden, där kvalitetsaspekten utgör en av nämndens målbilder samt ingår i värdighetsgarantierna. Ett flertal av nämndens mål kan kopplas till kvalitet. Nämnden har fastställt ett ledningssystem för kvalitet och antagit en kvalitetsinriktning. Det finns riktlinjer och rutiner samt ett system för att hålla dessa uppdaterade och kända i verksamheten. Granskningen visar att nämnden under 2017 genomfört en serie workshops med dialog om innebörden av begreppet kvalitet. Nämnden uppger att arbetet ska fortgå med att definiera begreppet.

Granskningen visar att målstyrningsstyrkedjan brister och inte når hela vägen till baspersonalen. Trots kännedom om bristerna pågår inget formaliserat förbättringsarbete. Nämnden har inte efterfrågat någon formell rapportering kring hur förvaltningen arbetar med frågan. Av granskningen framkommer också att verksamheten upplever stabsfunktionernas uppdrag som otydligt.

Uppföljning av kvalitetsarbetet sker bland annat genom egenkontroll, verksamhetsuppföljning, avvikelserapportering samt kvalitetsberättelse. Intern och extern verksamhet följs upp på samma sätt. Den externa verksamheten följs även upp genom avtalsuppföljning. Nämnden har i november 2017 antagit en riktlinje för uppföljning av privata utförare. Av granskningen framkommer att enhetschefer inte upplever egenkontroll och verksamhetsuppföljning som helt meningsfull. Det framkommer också att avvikelshanteringen kan utvecklas.

Brukarnas synpunkter tillvaratas genom synpunkts- och klagomålshantering samt genom den årliga brukarundersökningen. Resultat från brukarundersökning 2017 visar på bristande måluppfyllnad avseende andelen brukare som är mycket nöjda med bemötande, trygghet och inflytande. Som åtgärd har brukarråd införts på äldreboende och inom delar av hemtjänsten för dialog kring resultatet.

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är vår sammanfattande bedömning att vård- och omsorgsnämnden till stor del har säkerställt att kvaliteten i äldreomsorgen lever upp till kraven i lagstiftning, mål, uppdrag och antagna värdighetsgarantier. Vi har i granskningen sett vissa utvecklingsområden. Vi rekommenderar därför vård- och omsorgsnämnden att:

- „ Säkerställa att nämndens mål förankras i hela förvaltningen.
- „ Tillse att verksamhetsuppföljning, egenkontroll och avvikelshantering genomförs på ett sådant sätt att det leder till utveckling av verksamheten.
- „ Tillse att stabsfunktionernas uppdrag är kända i förvaltningen.

## 2. Inledning

### 2.1. Bakgrund

Revisorerna i Mölndals stad har mot bakgrund av vad som framkommer i bilaga 1 och sin risk- och väsentlighetsanalys beslutat att granska kvalitet inom äldreomsorgen.

### 2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att kvaliteten i äldreomsorgen lever upp till kraven i lagstiftning, mål, uppdrag och antagna värdighetsgarantier.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt ändamålsenliga system och rutiner för kvalitetsarbetet?
- Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt tillräcklig uppföljning av äldreomsorgens kvalitet kopplat till mål, uppdrag och värdighetsgarantier?
- Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt delaktighet och inflytande hos brukarna?
- Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av kvaliteten i äldreomsorgen som bedrivs i extern regi?

### 2.3. Avgränsning

Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden i Mölndals stad och avgränsas i enlighet med ställda revisionsfrågor. Granskningen avser särskilt boende och hemtjänst som bedrivs i både intern och extern regi.

### 2.4. Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer, se källförteckning i bilaga 2. Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska ett utkast till rapporten.

### 2.5. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. I denna granskning utgörs revisionskriterierna bland annat av kommunallagen, socialtjänstlagen samt nämndens reglemente. Samtliga revisionskriterier beskrivs översiktligt i bilaga 3.

### 3. Kvalitet inom äldreomsorgen

Enligt socialtjänstlagen (SoL) ska kommunen inrätta särskilda boendeformer för äldre människor som behöver särskilt stöd. Kommunen ska även erbjuda hemtjänst till de som är i behov av stöd och hjälp i hemmet. I Mölndals stad ansvarar vård- och omsorgsnämnden (nämnden) för kommunens uppgifter enligt SoL enligt nämndens reglemente. Grunduppdraget för nämnden är att tillgodose brukarnas behov av vård och omsorg.

Vård- och omsorgsförvaltningen utreder och genomför beslut på vård- och omsorgsnämndens uppdrag. Förvaltningens verksamheter består av bland annat hemtjänst och äldreboenden. I syfte att öka den enskildes inflytande och delaktighet har Mölndals stad även tecknat avtal med ett antal externa utförare enligt lagen om offentlig upphandling (LoU) samt lagen om valfrihetssystem (LOV). Inom äldreomsorgens verksamhetsområde finns idag externa utförare inom både hemtjänst (5 stycken) och äldreboende (2 utförare som driver 2 boenden). Utförarna är godkända av Mölndals stad och har via avtal förbundit sig att leva upp till de kvalitetskrav som staden ställer.

Illustrationen nedan beskriver de verksamheter och funktioner i förvaltningen som är delaktiga i kvalitetsarbetet inom hemtjänst och äldreboende.

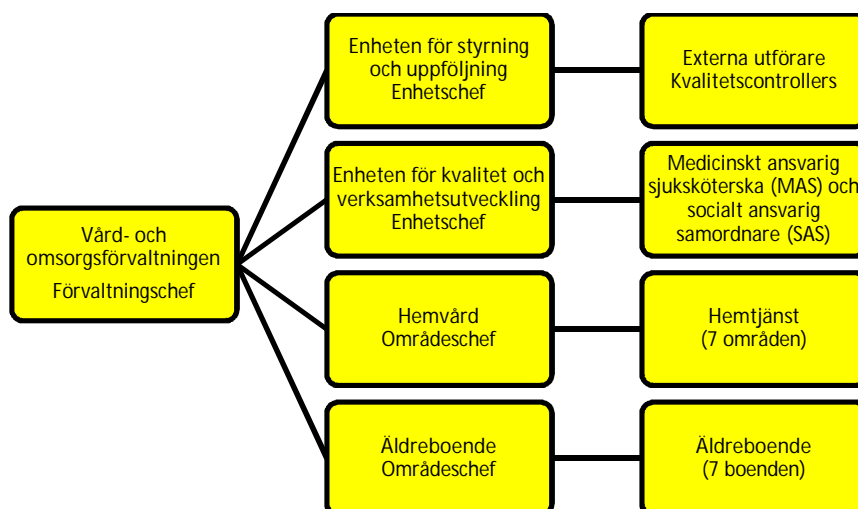


Bild 2: Utdrag ur vård- och omsorgsförvaltningens organisationsschema

Förvaltningens stab var tidigare organiserad inom tre enheter, vilka 2017 gjordes om till två; enheten för styrning och uppföljning<sup>1</sup> samt enheten för kvalitet och verksamhetsutveckling. Under 2017 har enheterna arbetat med att utbilda medarbetare i processkartläggning samt arbetat med processutveckling, ett arbete som kommer fortlöpa under 2018. Syftet är att klargöra ansvarsområden och på så vis kunna erbjuda ett optimalt stöd för verksamheterna.

Förvaltningschef framför vid intervju att det är tydligt uttalat vilket stöd staben kan erbjuda verksamheterna. Det är viktigt kunna anpassa stabens funktioner och stöd utifrån chefernas

<sup>1</sup> Chef för denna enhet är även förvaltningens economichef

behov. Stabens enhetschefer uppger att stabens uppdrag är tydligt men att det är osäkert om verksamheterna har samma bild. De anger att staben har mycket stöd och kompetens att erbjuda men att det inte efterfrågas av verksamheterna i önskad omfattning. Bilden av att stabens uppdrag inte är tydligt bekräftas av områdeschefer och enhetschefer i intervjuer.

### 3.1. Vård- och omsorgsnämndens kvalitetsstyrning

Enligt Mölndals stads styrprinciper ska samtliga nämnder upprätta verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser. Planen är en styrande överenskommelse mellan nämnden och vård- och omsorgsförvaltningen. Stadens vision visar inriktningen och ligger till grund för strategisk planering och utveckling. Uppföljning av planen sker i verksamhetsberättelsen som nämnden beslutar om.

I nämndens verksamhetsplan 2017-2019 anges att det övergripande långsiktiga målet är att den samlade kvaliteten på vården och omsorgen ska öka och utvecklas. Nämndens grundläggande värden är följande:

<b>Målbild</b>
• <i>Kvalitet i varje möte</i> utgör en del av nämndens målbild.
<b>Värdegrund</b>
• Värdegrund är etiska normer som ska ligga till grund för verksamheten. För äldreomsorgen är den nationella värdegrunden en viktig utgångspunkt i arbetet: <i>Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund). (SoL 5 kap, 4 §.)</i>
<b>Värdighetsgarantier</b>
• Vård- och omsorgsnämnden har antagit lokala värdighetsgarantier för äldreomsorg och funktionshinder för att säkerställa kvaliteten och för att tydliggöra för brukare, anhöriga och övriga kommuninvånare vad de kan förvänta sig. Värdighetsgarantierna innehåller löften om bland annat <i>genomförandeplan, legitimation, kontinuitet, delaktighet och inflytande.</i>

Bild 1: Nämndens grundläggande värden enligt verksamhetsplan 2017-2019

Nämnden har i verksamhetsplan 2017 beslutat om följande mål, som utifrån de grundläggande värdena kan kopplas till kvalitet i äldreomsorgen:

- ▶ Vården och omsorgen ska ge förutsättningar för att brukarna ska kunna känna välbefinnande i den miljö de vistas i
- ▶ Brukare inom vård och omsorg ska uppleva att de alltid får ett gott bemötande
- ▶ Vården och omsorgen ska vara utformad så att brukarna kan leva ett gott och värdigt liv med möjlighet till delaktighet och inflytande
- ▶ Alla verksamheter skall öka och möjliggöra det sociala deltagandet i samhället

Majoriteten av indikatorerna för ovanstående mål är kopplade till resultat i Socialstyrelsens årliga brukarundersökning *Äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende*<sup>2</sup>.

Efter att verksamhetsplanen har antagits tar förvaltningen fram en handlingsplan för arbetet med att nå nämndens mål. Utifrån handlingsplanen tar enheterna fram aktiviteter. Handlingsplan och aktiviteter dokumenteras i stadens digitala ledningssystem, där också uppföljningen sker. Förvaltningschef framför i intervju att hon tillsammans med områdescheferna diskuterar hur målen ska omhändertas och hur handlingsplanen ska utformas. Områdescheferna arbetar på samma sätt när enhetscheferna tar fram sina aktiviteter.

I granskningen framkommer en samstämmig bild hos samtliga intervjuade kring att förståelsen kring målen i regel inte når hela vägen till baspersonalen<sup>3</sup>. Enhetscheferna ansvarar för att förankra målen hos sin personal utifrån sin egen metod. Staben har tagit fram ett stödmaterial som cheferna kan använda på APT för att ge personalen en allmän beskrivning av målstyrningsprocessen. Det saknas stöd för förankring av aktuella mål. Granskningen visar att det inte sker något formaliserat arbete för att säkerställa att enhetscheferna har nödvändiga verktyg för att förankra målen. I intervjuer framgår att det inte heller sker någon uppföljning av om eller hur enhetschefer har förankrat mål eller resultat.

Presidiet påtalar vid intervju vikten av att kedjan för målstyrningen fungerar och att baspersonalen förstår hur de bidrar till måluppfyllelse. Presidiet framför att nämnden via dialog med förvaltningen har kännedom om de brister som finns. Nämnden har dock inte efterfrågat någon formell rapportering om hur förvaltningen arbetar med att säkerställa målkedjan i alla led. Presidiet påtalar att enhetschefernas arbete med personalen är avgörande för att öka förståelsen.

### **3.2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete**

Alla verksamheter inom förvaltningen ska verka för en god kvalitet i de tjänster som utförs för brukarna i Mölndals stad. Utgångspunkten för kvalitetsarbetet är bland annat Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Förvaltningens kvalitetsarbete är beskrivet i vård- och omsorgsnämndens kvalitetsinriktning, ett styrdokument som fastställdes av nämnden i januari 2016. Kvalitetsinriktningen innehåller beskrivning av ansvarsfördelning och organisation för kvalitetsarbetet. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten och vara ett stöd i att leda och förbättra i verksamheterna. Det systematiska förbättringsarbetet ska enligt inriktningen bestå av följande:

- ▶ Riskanalys
- ▶ Egenkontroll
- ▶ Verksamhetsuppföljning
- ▶ Avvikelsehantering
- ▶ Lex Sarah/Lex Maria

---

<sup>2</sup> Läs mer om brukarundersökningen i avsnitt 3.3.5

<sup>3</sup> Med baspersonal avses personal som arbetar brukarnära

- ▶ Synpunkter och klagomål
- ▶ Enkätundersökningar
- ▶ Uppföljning av värdighetsgarantier

För samtliga ovanstående moment finns riktlinjer och rutiner. Förvaltningen har ett IT-system där samtliga riktlinjer och rutiner är samlade och tillgängliga för all personal. Förvaltningens samordningsgrupp, där ett antal stabsfunktioner ingår, ansvarar för att årligen se över och revidera riktlinjerna. Förvaltningens chefer får information via e-post när uppdateringar i IT-systemet har gjorts.

Intervjuade tjänstemän uppger i intervjuer att det faktum att IT-systemet inte är sökbart medför svårigheter att navigera bland styrdokument. Förvaltningen arbetar således med en kravspecifikation för att under 2019 genomföra upphandling av ett nytt IT-stöd, med beviljade medel från nämnden. Tanken är att systemet ska vara sökbart samt innefatta ett mobilt stöd, för att på så sätt öka tillgängligheten och åtkomsten.

### **3.2.1. Andra insatser för ökad kvalitet**

Vård- och omsorgsnämnden avsätter årligen 300 000 kronor i lokala utvecklingsmedel. Syftet är att möjliggöra för verksamheterna att genomföra projekt som kan leda till ökad kvalitet för brukarna. Alla verksamheter inom förvaltningen har möjlighet att ansöka om utvecklingsmedlen. Inför 2017 beviljades 19 av 39 projektansökningar.

Vid nämndens sammanträde i oktober och november genomfördes workshops om kvalitet med nämnden. Ytterligare workshops planeras. Presidiet uppger vid intervju att syftet är att nämnden ska skapa samsyn kring begreppet och därefter formulera nämndens definition av kvalitet. Förvaltningschef och enhetschef för kvalitet och verksamhetsutveckling anger att förvaltningens förhoppning är att därefter få ett uppdrag från nämnden om att utveckla ett dokument med nämndens styrning avseende verksamheternas kvalitet.

### **3.2.2. Kompetensförsörjning**

I verksamhetsberättelse 2016 lyfts att svårigheter att rekrytera utbildad personal påverkar insatsernas kvalitet. Vidare beskrivs att bristen på utbildad personal har inneburit att ordinarie personal tvingats arbeta övertid och att outbildade har anställts. Det anges ha bidragit till att personal känt sig otillräckliga och stressade vilket kan ha påverkat brukarna negativt. Behovet lyfts även i verksamhetsplan 2017-2019. I syfte att säkerställa kompetensförsörjningen beslutade nämnden den 24 maj 2017 om en kompetensförsörjningsplan. Planen utgör grund för det strategiska kompetensförsörjningsarbetet och syftar till att vård- och omsorgsförvaltningen ska kunna bidra till kommunfullmäktiges mål om att stadens attraktivitet och tydlighet som arbetsgivare ska stärkas.

Redan nu pågår insatser i form av samarbete med Vård- och omsorgscollege i Mölndal och möjlighet till intern valideringsutbildning och chefsutbildning. Förvaltningen har nyligen ingått samarbete med utbildningsförvaltningen om att elever som går ut undersköterskeutbildningen på Krokslättsgymnasiet är garanterade en provanställning i någon av förvaltningens



verksamheter. Nämnden har sedan 2016 sänkt kravet på andelen anställd personal med adekvat gymnasial utbildning. Det har medfört att utbildad personal idag kan utföra serviceinsatser såsom städ och matinköp, och att utbildad personal kan fokusera på omvårdnadsinsatserna.

### **3.2.3. Vår bedömning**

I kommunallagen framgår att nämnderna ska tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Enligt Mölndals stads styrprinciper ska samtliga nämnder upprätta verksamhetsplaner med specifika mål och indikatorer. I enlighet med styrprinciperna ska förvaltningen därefter ta fram handlingsplaner och aktiviteter.

Granskningen visar att vård- och omsorgsnämndens kvalitetsstyrning följer stadens styrprinciper. I verksamhetsplanen framgår nämndens grundläggande värden, där kvalitetsaspekten utgör en av nämndens målbilder samt ingår i värdighetsgarantierna. Utifrån de grundläggande värdena kan ett flertal av nämndens mål kopplas till kvalitet. Vi ser positivt på att nämnden har påbörjat arbetet med att definiera begreppet kvalitet.

Av granskningen framkommer att målstyrningsstyrkedjan brister och inte når hela vägen till baspersonalen. Trots kännedom om bristerna pågår inget formaliserat förbättringsarbete eller uppföljning för att säkerhetsställa att kedjan fungerar. Det stödmaterial som finns inkluderar inte aktuella mål och det saknas i övrigt verktyg för förankringsarbetet. Nämnden har kännedom om bristerna men har inte efterfrågat någon formell rapportering kring hur förvaltningen arbetar med frågan. Vi bedömer att nämnden inte i tillräcklig utsträckning har tillsett att målen är förankrade bland baspersonalen.

I Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2011:9 anges att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Vård- och omsorgsnämnden har fastställt ett kvalitetsledningssystem i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Förvaltningens kvalitetsarbete är beskrivet i nämndens kvalitetsinriktning. Det finns riktlinjer och rutiner samt ett system för att hålla dessa uppdaterade och kända i verksamheten. Vi bedömer utifrån detta att nämnden har säkerställt ändamålsenliga system och rutiner för kvalitetsarbetet.

### **3.3. Nämndens uppföljning av äldreomsorgens kvalitet**

Av granskningen framkommer att all uppföljning som utförs (förutom förvaltningens uppföljning av ekonomi, kvalitet och bemanning) omfattar både interna och externa verksamheter. För de externa verksamheterna tillkommer dessutom årlig avtalsuppföljning samt uppföljning av ekonomisk status minst två gånger per år. Beslut om upphörande eller förlängning av avtal med externa utförare ska tas av nämnden. Nämnden beslutade den 31 augusti 2017 att inte förlänga avtalet med en av de externa utförarna. Orsaken var att utföraren inte bedömdes ha levt upp till avtalade krav.

Kommunfullmäktige beslutade i juni 2017 att anta stadens *Program med mål och riktlinjer för uppföljning och insyn i verksamheter som utförs av privata utförare under mandatperioden*

2015-2018. Med utgångspunkt i detta program antog nämnden den 23 november 2017 en riktlinje för uppföljning av privata utförare, vilken gäller från och med den 1 januari 2018. Riktlinjen anger hur, när och på vilket sätt avtal och verksamhet ska följas upp men innebär ingen förändring av tidigare arbetssätt.

### **3.3.1. Uppföljning av ekonomi, kvalitet och bemanning**

Förvaltningen lämnar varje månad, förutom januari, juli och december, en ekonomisk prognos som även innehåller en aktuell bild av kvalitetsarbetet. Prognosen redovisas till nämnden. Förvaltningschef genomför även *kvartalsmöten* med områdeschef, då även stabens chefer medverkar. Syftet med den gemensamma uppföljningen av ekonomi och kvalitet är att analysera avvikelser och händelser.

### **3.3.2. Uppföljning av verksamhetsplanen**

I enlighet med stadens styrprinciper följer nämnden upp verksamhetsplanen två gånger per år, i *halvårsuppföljning* och *verksamhetsberättelse*. I bilaga till verksamhetsberättelsen lämnas även en *kvalitetsberättelse*, som redovisar utvecklingen av kvalitetsarbetet.

Av halvårsuppföljning 2017 framkommer bland annat att brukarråd har införts på stadens äldreboenden och i hemtjänsten för att öka trygghet och inflytande. Syftet med brukarråden är att bidra till nämndens mål om välbefinnande, delaktighet och socialt deltagande. Aktiveringspedagoger och personal arbetar med aktivitetsplaner och erbjuder individuella och gemensamma aktiviteter för att brukaren ska få en mer aktiv och stimulerande vardag. Planering har påbörjats för samarbete mellan hemtjänst och träffpunkter i syfte att öka det sociala deltagandet för personer i ordinärt boende.

### **3.3.3. Egenkontroll och verksamhetsuppföljning**

Uppföljning i form av *egenkontroll* och *verksamhetsuppföljningar* genomförs en gång per år. Syftet är dels att utveckla och förbättra verksamhet och insatser till brukarna, dels att kontrollera verksamhetens följsamhet till riktlinjerna i ledningssystem för kvalitet.

Egenkontrollen genomförs i form av en självskattningsenkät. Enkäten tas fram av enheten för styrning och uppföljning och skickas till alla enheter i början av året. Den obligatoriska och omfattande enkäten består av frågor gällande riktlinjer och rutiner. Varje chef ansvarar för att analysera enhetens resultat och upprätta en handlingsplan.

Egenkontrollen utgör underlag för verksamhetsuppföljningen. Verksamhetsuppföljningen är en kontroll av hur verksamheten följer riktlinjer och rutiner. Den är även en uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån identifierade risker och händelser. Kvalitetscontroller och vårdutvecklare, samt vid behov MAS och SAS, besöker verksamheterna och genomför intervjuer med minst två personal samt enhetschef. Innan besöket granskas slumpvis utvalda genomförandeplaner, dokumentation, lokala rutiner samt avvikelser och synpunkter/klagomål. Efter verksamhetsuppföljningens skattning presenteras ett spindeldiagram där enhetschef kan jämföra sin skattning från egenkontrollen med verksamhetsuppföljningens.

Förbättringsområdena presenteras i prioriteringsordning. Enhetschef ska därefter inom 14 dagar upprätta en tidsatt handlingsplan med åtgärder samt ansvarsfördelning.

Under hösten förekommer även oanmälda verksamhetsbesök. Hösten 2017 genomfördes besök natttid på äldreboenden. Bakgrunden var att Sveriges kommuner och landsting (SKL) tagit fram en rekommendation om kvalitetsarbete i särskilt boende natttid. Vid intervjuer framkommer att det i dagsläget inte finns någon uttalad strategi för valet av vilka verksamheter som ska besökas vid de oanmälda verksamhetsbesöken. Nattbesöken genomfördes på önskemål av områdeschef.

En samlad rapportering av egenkontroll och verksamhetsuppföljning görs till vård- och omsorgsnämnden en gång per år. Nytt för 2017 var att resultatet presenterades på förvaltnings-, områdes- och enhetsnivå. 2016 presenterades resultatet endast på enhetsnivå. Enhetscheferna har generellt för både 2016 och 2017 skattat sin verksamhet högre i egenkontrollen än vad resultatet från verksamhetsuppföljningen visar, både vad gäller verksamhetens styrkor och svagheter.

Bilden nedan visar rapportens spindeldiagram med resultat från egenkontroll och verksamhetsuppföljning för alla interna verksamheter 2017:

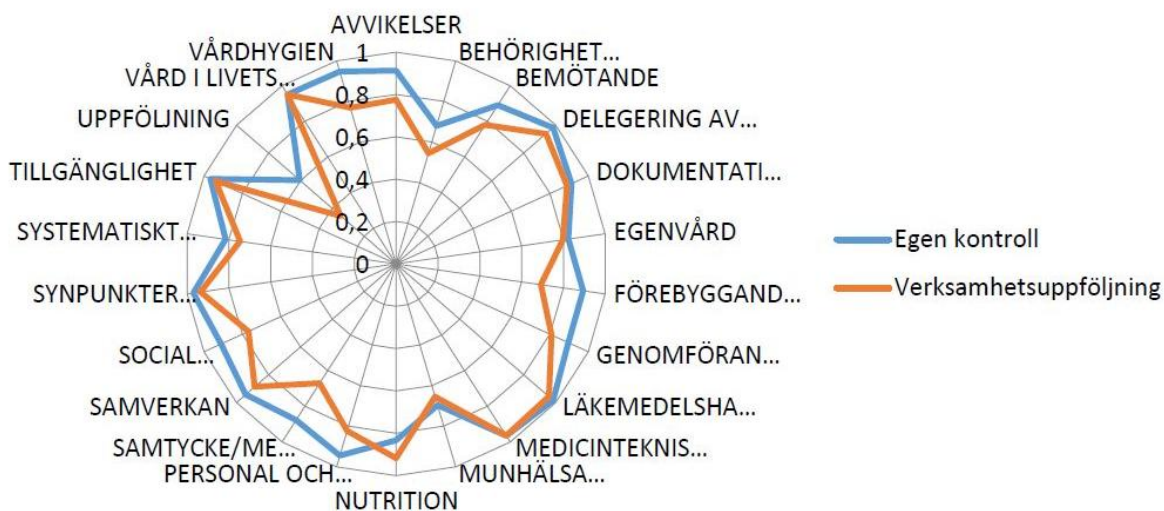


Bild 3: Resultat från egenkontroll och verksamhetsuppföljning alla interna verksamheter 2017, ur förvaltningens Rapport från verksamhetsuppföljning 2017.

I rapporten anges att resultatet visar lägst följsamhet när det gäller område uppföljning. I det ingår hur enhetschefen arbetat med resultat från brukarundersökning, uppföljning av lokala rutiner, kunskap om patientsäkerhetsberättelse samt exempelvis dokumentation av samtycke. I rapporten framkommer att ett flertal enhetschefer uppger att de har informerat personalen om riktlinjerna i ledningssystemet för kvalitet men att det är svårt att veta om personalen tagit till sig informationen. På grund av omsättning av enhetschefer och personal är det ett ständigt pågående arbete.

Intervjuade enhetschefer har olika bilder av hur relevanta frågorna i egenkontrollen är för respektive verksamhet. Enhetscheferna delar dock bilden av att resultatet av verksamhetsuppföljningen kan upplevas missvisande då frågorna vid intervjuerna inte är tillräckligt djupgående. Följden blir att handlingsplanen innehåller delar som fungerar och inte behöver åtgärdas. Då det inte sker någon återkoppling på handlingsplanen medför detta att arbetet med egenkontroll och verksamhetsuppföljning inte upplevs som helt meningsfullt.

#### **3.3.4. Avvikelse samt synpunkter och klagomål**

Utifrån förvaltningens riktlinje kring avvikelser ska MAS och SAS två gånger per år sammanställa verksamheternas samtliga avvikelser, analyser och genomförda förbättringsarbete. För halvåret sker rapportering till nämnd i en *avvikelsesammanställning* och för helåret i *verksamhetsberättelse* och *patientssäkerhetsberättelse*. Områdeschef äldreboende framför att verksamheterna framöver kommer fokusera mer på att använda avvikelserna i utvecklingsarbetet. Ett förbättringsområde som nämns är registrering av avvikelser. Vid verksamhetsuppföljning har framkommit att personalen ibland registrerar avvikelser felaktigt eller inte alls, då personalen fokuserar på att åtgärda problemen.

Förvaltningen har rutiner för hantering av *synpunkter* och *klagomål*. Enligt nämndens kvalitetsinriktning ska dessa användas för att utveckla verksamheten. Det är via synpunktshantering och avvikelshantering som nämndens värdighetsgarantier följs upp. Brukare kan lämna synpunkter och klagomål om de upplever att värdighetsgarantierna inte följs. Verksamheterna ska vid rapportering av avvikelse bedöma om händelsen är en avvikelse från värdighetsgarantierna eller inte. Ansvarig chef utreder och besvarar inkomna synpunkter och klagomål. En sammanställning lämnas till nämnd i halvårsrapport och verksamhetsberättelse.

Nämnden tar även löpande del av samtliga rapporter enligt *Lex Sarah* och rapporter om vårdskada eller risk för vårdskada. Rapporterna till nämnden innehåller en övergripande beskrivning av de rapporterade händelserna. Mer ingående information samt anmälningar enligt *Lex Sarah* och *Lex Maria* delges nämndens arbetsutskott.

#### **3.3.5. Brukarundersökningar**

Socialstyrelsens enkät om hur de äldre uppfattar kvaliteten genomförs varje vår och omfattar äldre som har hemtjänst eller bor permanent på äldreboende. Resultaten presenteras på hösten och sammanställs och analyseras på enhets-, områdes och förvaltningsnivå. Därefter delges nämnden det samlade resultatet i en rapport. Till skillnad från tidigare år delgavs nämnden en snabb analys av resultatet, redan på sammanträdet i november 2017. Syftet med den nya rutinen är att ge nämnden möjlighet att ta hänsyn till resultatet inför antagande av verksamhetsplan för kommande år.

I verksamhetsberättelse 2016 framkom att brukarnas nöjdhet med den sammantagna hjälpen och med att personal tar hänsyn till önskemål inte har förbättrats under de senaste åren. Även på flera andra frågeområden i brukarundersökningen sjunker resultaten, både på förvaltningsövergripande nivå och på enhetsnivå. Resultatet visar inga större förändringar i

upplevelsen av bemötande. De aktiviteter, föreläsningar och arbete med värdegrund som genomförts anges därmed inte ha nått önskad effekt. Förvaltningschef framför att under 2017 har resultatet diskuterats i brukarråd inom äldreboende och hemtjänst. Enligt förvaltningschef behöver verksamheterna förbättra analysen av resultatet och arbeta med det utifrån handlingsplaner.

Av rapporten som till presenterades för nämnden i december framgår att resultatet för 2017-års brukarundersökning visar att andelen nöjda brukare i stort är oförändrad inom hemtjänsten. För äldreboende kan ses en ökning av andelen nöjda brukare inom många områden. Det har dock skett en negativ utveckling, inom både hemtjänst och äldreboende, för flera av de frågor som är indikatorer till vård- och omsorgsnämndens mål. Det gäller bland annat andelen brukare som är mycket nöjda med bemötande, trygghet och inflytande. Presidiet framför vid intervju att nämnden utifrån resultatet tar fram områden som ska prioriteras i förvaltningens handlingsplaner. Det är inte alltid förvaltningen får formella uppdrag. Ibland sker diskussion via dialog på sammanträdet och ibland efterfrågas information där förvaltningschef återkommer med muntlig redogörelse på kommande sammanträde under sin punkt.

### **3.3.6. Vår bedömning**

Kommunallagen anger att nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Av 3 kap 3 § SoL framgår att socialtjänstens verksamheter ska vara av god kvalitet. Kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Av granskningen framkommer att det finns former för uppföljning, analys och prognos av nämndens verksamhet. Uppföljningen sker i enlighet med stadens styrprinciper i halvårsuppföljning och i verksamhetsberättelse. Därutöver sker uppföljning i form av egenkontroll, verksamhetsuppföljning, avvikelserisikhantering, kvalitetsberättelse, patientssäkerhetsberättelse samt brukarundersökningar. Vi bedömer att nämnden till stor del har säkerställt en tillräcklig uppföljning av äldreomsorgens kvalitet kopplat till mål, uppdrag och värdighetsgarantier. Vi bedömer även att nämndens struktur för verksamhetsuppföljning, egenkontroll och avvikelshantering är tillräcklig. Utifrån vad som har framkommit i granskningen bedömer vi att det finns vissa förbättringsområden för att denna uppföljning ska leda till utveckling av verksamheten.

Intern och extern verksamhet följs upp på samma sätt. Den externa verksamheten följs även upp genom avtalsuppföljning och uppföljning av ekonomisk status. Nämnden har tydliggjort ovanstående genom att i november 2017 anta en riktlinje för uppföljning av privata utförare. Vi bedömer att nämnden har säkerställt en tillräcklig uppföljning av kvaliteten i äldreomsorgen som bedrivs i extern regi.

Brukarnas synpunkter tillvaratas genom synpunkter och klagomålshantering samt genom den årliga brukarundersökningen. Resultat från brukarundersökning 2017 visar på bristande måluppfyllelse avseende andelen brukare som är mycket nöjda med bemötande, trygghet och inflytande. Granskningen visar att brukarråd har införts på äldreboende och inom delar av

hemtjänsten och att resultatet av undersökningen ska diskuteras där. Nämnden har tagit del av resultatet inför antagande av verksamhetsplan för kommande år. Vi bedömer att nämnden i stort har säkerställt former förbrukarnas delaktighet och inflytande.

## 4. Samlad bedömning

### 4.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Bedömning
<p>Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt ändamålsenliga system och rutiner för kvalitetsarbetet?</p>	<p>Nämnden har fastställt ett ledningssystem för kvalitet, och antagit en kvalitetsinriktning där förvaltningens kvalitetsarbete beskrivs. Det finns riktlinjer och rutiner samt ett system för att hålla dessa uppdaterade och kända i verksamheten. Vi bedömer att nämnden har säkerställt ändamålsenliga system och rutiner för kvalitetsarbetet.</p>
<p>Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt tillräcklig uppföljning av äldreomsorgens kvalitet kopplat till mål, uppdrag och värdighetsgarantier?</p>	<p>Det finns arbetsformer för uppföljning, analys och prognos av nämndens verksamhet. Uppföljningen sker bland annat genom halvårsuppföljning, verksamhetsberättelse, avvikelser-sammanställning samt kvalitetsberättelse. Arbetet med egenkontroll och verksamhetsuppföljning upplevs av enhetschefer inte som helt meningsfullt. Det framkommer också att avvikelshanteringen kan utvecklas. Vi bedömer att nämnden i stort har säkerställt tillräcklig uppföljning av äldreomsorgens kvalitet kopplat till mål, uppdrag och värdighetsgarantier.</p>
<p>Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt delaktighet och inflytande hos brukarna?</p>	<p>Varje år genomförs brukarundersökningar inom hemtjänst och äldreboende. Under året har brukardialoger införts på äldreboenden och i vissa hemtjänstområden, för att diskutera resultatet och tillvarata brukarnas tankar och önskemål. Det finns rutiner för synpunkter och klagomål. Nämnden tar del av resultat från brukarundersökningar samt sammanställning av synpunkter och klagomål. Resultat från brukarundersökningen visar dock på bristande måluppfyllelse avseende andelen brukare som är mycket nöjda med bemötande, trygghet och inflytande.</p> <p>Vi bedömer utifrån detta att nämnden i stort har säkerställt former för brukarnas delaktighet och inflytande.</p>

Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt en tillräcklig uppföljning av kvaliteten i äldreomsorgen som bedrivs i extern regi?	All uppföljning sker på samma sätt för både intern och extern verksamhet. För den externa verksamheten tillkommer även avtalsuppföljning och uppföljning av ekonomisk status. Nämnden antog i november 2017 en riktlinje för uppföljning av privata utförare. Vi bedömer att nämnden har säkerställt en tillräcklig uppföljning av kvaliteten i äldreomsorgen som bedrivs i extern regi.
--	--

#### 4.2. Slutsats

Granskningen har syftat till att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt att kvaliteten i äldreomsorgen lever upp till kraven i lagstiftning, mål, uppdrag och antagna värdighetsgarantier. Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är vår sammanfattande bedömning att vård- och omsorgsnämnden till stor del har säkerställt detta. Nämnden har dock inte fullt ut säkerställt att nämndens mål är förankrade inom hela förvaltningen. Vi har även sett vissa utvecklingsområden kopplat till nämndens uppföljning.

Vi rekommenderar vård- och omsorgsnämnden att:

- Säkerställa att nämndens mål förankras i hela förvaltningen.
- Tillse att verksamhetsuppföljning, egenkontroll och avvikelshantering genomförs på ett sådant sätt att det leder till utveckling av verksamheten.
- Tillse att stabsfunktionernas uppdrag är kända i förvaltningen.

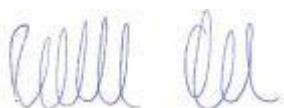
Göteborg den 27 mars 2018



Maria Tengros  
Verksamhetsrevisor  
Ernst & Young AB



Maria Carlsrud Felander  
Verksamhetsrevisor  
Ernst & Young AB



Rebecka Rask  
Kvalitetssäkrare  
Ernst & Young AB



## **Bilaga 1 – Bakgrund till granskningen**

I socialtjänstlagen (2001:453) samt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ställs krav på att kommuner ska erbjuda stöd och hjälp till äldre som är i behov av insatser. Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för äldre människor som behöver särskilt stöd och erbjuda hemtjänst till de som är i behov av stöd och hjälp i hemmet. Socialtjänstlagen anger också att kommunen ska planera sina insatser för äldre.

Av socialtjänstlagen framgår därtill att insatserna inom ramen för socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Det innebär bland annat att det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver att verksamheten ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. I båda lagstiftningar fastställs att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

I Mölndals stad ansvarar vård- och omsorgsnämnden för äldreomsorgen. Vård- och omsorgsnämnden har i verksamhetsplan för 2017-2019 fastställt en målbild om "Kvalitet i varje möte". Det innebär bland annat att brukare ska känna sig nöjda med personalens bemötande och den vård och omsorg som de får. Nämnden har utifrån den nationella värdegrunden antagit lokala värdighetsgarantier i syfte att säkerställa kvaliteten i äldreomsorgen. Värdighetsgarantierna ska tydliggöra för äldre personer, anhöriga och övriga kommuninvånare vad de kan förvänta sig av äldreomsorgen i Mölndal. Genom värdighetsgarantierna ska brukare garanteras genomförandeplan, legitimation, kontinuitet samt kontaktmannaskap. Garantierna gäller äldreomsorg inom såväl kommunal som extern drift.

Nämnden har också antagit flera mål som avser kvalitet inom äldreomsorgen. Av nämndens verksamhetsberättelse för 2016 framgår att måluppfyllelsen för flera av dessa mål har minskat de senaste åren. Det framkommer också att den interna hemtjänstdriften har utmaningar med att bedriva verksamheten inom den beslutade ersättningsnivån, vilket medfört ett underskott på 14,2 mnkr.

Kommunrevisionen har mot bakgrund av ovanstående och i samband med sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt att det är väsentligt att genomföra en granskning av kvalitet inom äldreomsorgen. I god revisionssed framkommer de grunder som revisorerna använder när de bedömer ansvarstagande i styrelser och nämnder. Ansvarsgrunder som är aktuella i denna granskning är bland annat risker för bristande ledning, styrning, uppföljning och kontroll.

## Bilaga 2 – Källförteckning

I granskningen har vi genomfört intervjuer med följande funktioner:

- „ Gruppintervju med områdeschef äldreboenden och enhetschef äldreboende, 2018-02-12
- „ Gruppintervju med enhetschef kvalitet och verksamhetsutveckling och enhetschef styrning och uppföljning, 2018-02-12
- „ Intervju med SAS, 2018-02-12
- „ Intervju med förvaltningschef vård- och omsorgsförvaltningen, 2018-02-13
- „ Intervju med enhetschef hemvård, 2018-02-13
- „ Intervju med områdeschef hemvård, 2018-02-26
- „ Gruppintervju med vård- och omsorgsnämndens presidium, 2018-02-13

Vi har tagit del av följande dokumentation:

- „ Avtalsuppföljning Berzelius Äldreboende, tjänsteskrivelse 2017-08-08
- „ Avtalsuppföljning Fässbergs äldreboende och korttidsenhet, tjänsteskrivelse 2017-08-09
- „ Brukarundersökning äldreomsorg 2017, tjänsteskrivelse 2017-12-28 (inklusive bilagor)
- „ Budget Mölndals Stad 2017-2019
- „ Egenkontrollfrågor 2017
- „ Halvårsuppföljning vård- och omsorgsnämnden 2017
- „ Handlingsplan till verksamhetsplan 2017
- „ Intern kontrollplan 2017
- „ Patientsäkerhetsberättelse 2016
- „ Protokoll från vård och omsorgsnämnden 2017
- „ Reglemente för vård- och omsorgsnämnden
- „ Riktlinje för uppföljning av privata utförare
- „ Verksamhetsberättelse 2016
- „ Verksamhetsplan 2017-2019
- „ Verksamhetsuppföljning 2017
- „ Vård och omsorgsnämndens kvalitetsinriktning, daterad 2016-01-29
- „ Vårdighetsgarantier

## **Bilaga 3 – Revisionskriterier**

### **Reglemente för vård- och omsorgsnämnden**

I nämndens reglemente framgår att nämnden ansvarar för kommunens uppgifter inom insatser enligt socialtjänsten och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

### **Kommunallagen (1991:900), KL**

I 6 kap. 6 § KL anges att nämnderna ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan.

### **Socialtjänstlag (2001:453), SoL**

I 3 kap. 3 § 3 § framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lag (2009:596).

I 5 kap. 5 § SoL framgår att nämnden ska verka för att äldre människor får goda bostäder. Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.

I 5 kap. 7 § SOL framgår också att kommunen ska inrätta bostäder med särskild service för de människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl är i behov av ett sådant boende.

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

I 1 § anges att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.