



Kristianstads kommun

Omsorgsnämnden

Kommunstyrelsen för kännedom

Kommunfullmäktige för kännedom

Granskning av hemtjänstens kvalitet

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Kristianstads kommun har PwC genomfört en granskning av hemtjänstens kvalitet. Granskningens syfte har varit att bedöma omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig verksamhet genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av hemtjänstens kvalitet.

Efter genomförd granskning bedömer vi att omsorgsnämnden inte helt säkerställer en ändamålsenlig verksamhet genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av hemtjänstens kvalitet.

Bedömningen grundas bland annat på att mål, indikatorer, mätetal och aktiviteter finns avseende hemtjänstens kvalitet. Kvalitetsledningssystemet är dock endast under uppbyggnad. Uppföljningens omfattning bedöms vara tillräcklig. Nämnd och förvaltning agerar tillsammans aktivt kring hemtjänstens kvalitet och besluten är tydliga där det också framgår hur nämnden prioriterar bland förbättringsförslag saknas.

Utifrån genomförd granskning lämnar vi följande rekommenditioner till omsorgsnämnden:

- Säkerställ att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) upprättas i *alla* delar.
- Säkerställ att orsakerna till verksamheternas kvalitetsresultat *utvärderas* löpande.
- Pröva hur det kan tydliggöras hur nämnden *prioriterar* mellan förvaltningens förbättringsförslag avseende hemtjänstens kvalitet.

Granskningsrapporten överlämnas till omsorgsnämnden för besvarande före den 30 november och till kommunstyrelsen och kommunfullmäktige för kännedom.

För revisorerna i Kristianstads kommun

Sven Gunnar Linné
Ordförande

Göran Sevebrant
Vice ordförande

Hemtjänstens kvalitet

Kristianstad kommun

Juni 2020

Projektledare: Christer Marklund

Projektmedarbetare: Cornelia Pethrus



Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Inledning	3
Bakgrund	3
Syfte och revisionsfrågor	3
Revisionskriterier	3
Avgränsning och metod	4
Nämndernas ansvar	5
Iakttagelser och bedömningar	6
Antal kunder inom hemtjänsten	6
Kundtid/arbetad tid	6
Styrning	7
Mål och mätetal	7
Systematiskt kvalitetsarbete	9
Uppföljning	10
Systematiskt förbättringsarbete enligt SOSFS 2011:9	10
Utredning av avvikelser	11
Åtgärder	13
Avslutning	14
Sammanfattande revisionell bedömning	14
Bedömningar mot revisionsfrågor	14
Rekommendationer	14
Bilagor	15
Kvalitet och resultat hemtjänst	15
Utdrag ur verksamhetsplan ordinärt boende 2020	15
Uppföljning styrkort omsorgsnämnden 2019	17

Sammanfattning

På uppdrag av kommunens förtroendevalda revisorer i Kristianstad kommun har PwC genomfört en granskning av hemtjänstens kvalitet. Syftet med granskningen har varit att bedöma om omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig verksamhet genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av hemtjänstens kvalitet. Följande områden kopplat till ändamålsenlighet har granskats:

- Styrning
- Uppföljning
- Åtgärder

Utifrån genomförd granskning är vår **sammanfattande revisionella bedömning** att omsorgsnämnden *inte helt* säkerställer en ändamålsenlig verksamhet genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av hemtjänstens kvalitet.

Den sammanfattande bedömningen baseras på bedömning av revisionsfrågor. Bedömningen återfinns i sin helhet under respektive område i rapporten.

Styrning

Delvis uppfyllt

- Mål, indikatorer, mätetal och aktiviteter finns avseende hemtjänstens kvalitet.
- Kvalitetsledningssystemet är fortfarande endast under uppbyggnad.

Uppföljning

Delvis uppfyllt

- Uppföljningens omfattning är tillräcklig.
- Utvärdering är ett utvecklingsområde.

Åtgärder

Delvis uppfyllt

- Nämnd och förvaltning agerar tillsammans aktivt kring hemtjänstens kvalitet.
- Tydliga beslut där det framgår hur nämnden prioriterar bland förbättringsförslag saknas.

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till omsorgsnämnden:

- Säkerställ att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) upprättas i *alla* delar.
- Säkerställ att orsakerna till verksamheternas kvalitetsresultat *utvärderas* löpande.
- Pröva hur det kan tydliggöras hur nämnden *prioriterar* mellan förvaltningens förbättringsförslag avseende hemtjänstens kvalitet.

Inledning

Vi inleder denna granskning med följande förtydligande information:

Sedan revisorerna genomfört sin riskanalys har Kristianstad kommun påverkats av Covid-19. Projektplanen för denna granskning beslutades i februari 2020, innan det uppmärksammats att kommunen kommer att påverkas av Covid-19.

Med anledning av detta har effekterna av Covid-19 på hemtjänsten inte ingått i denna granskning, även om Covid-19 omnämns under iakttagelser.

Bakgrund

Av kommunallagen framgår att kommunens nämnder ska ha kontroll över sin verksamhet. Detta innebär att nämnderna själva ansvarar för att ha en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll så att verksamheten bedrivs på avsett sätt och att det finns säkra rutiner som förhindrar förlust för kommunen och säkerställer att redovisningen är rättvisande.

För att kunna följa verksamhetens utveckling kring kvalitet och som grund för politiska beslut är det väsentligt att tillräcklig information i en strukturerad form efterfrågas av nämnden samt att nämnden använder denna information som en grund i sitt beslutsfattande. Tydliga nyckeltal är viktigt för att kunna följa verksamheten.

De förtroendevalda revisorerna har i samband med sin riskanalys bedömt styrning, ledning och uppföljning av äldreomsorgens hemtjänst som ett angeläget granskningsområde. Hemtjänsten står inför flera utmaningar för att klara omsorgen av de äldre, främst gällande organisation, personalplanering och nyttjande av digital teknik.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om omsorgsnämnden säkerställer en ändamålsenlig verksamhet genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av hemtjänstens kvalitet.

Revisionsfrågor:

- Är nämndens respektive förvaltningens styrning av verksamhetens kvalitet tillräcklig? Fokus på mål och mätetal.
- Finns en tillräcklig uppföljning till omfattning och innehåll samt kunskaper om orsakerna till verksamhetens kvalitetsresultat?
- Agerar omsorgsnämnden på ett aktivt sätt kring verksamhetens kvalitet som också innefattar tydliga och aktiva beslut i nämnden?

Revisionskriterier

- Kommunallagen 6:6
- Socialtjänstlagen 3:3
- Lokala styrande och stödjande dokument.

Avgränsning och metod

Granskningen har avgränsats till omsorgsnämndens ansvar avseende hemtjänstens verksamhet. I tid avgränsas granskningen att i huvudsak gälla år 2020.

Granskningen har genomförts genom:

- Analys av styrande dokument i form av mål, budget, riktlinjer, rutiner mm.
- Intervjuer med företrädare för omsorgsnämnden, förvaltningschef, kvalitetsutvecklare och verksamhetsutvecklare, samt verksamhetschef hemtjänst.
- Analys av uppgifter om hemtjänstens kvalitet.

I bilaga redovisas kvalitetsresultat från kommun- och landstingsdatabasen samt ett utdrag från verksamhetsplan för ordinärt boende.

Rapporten har sakgranskats av intervjuade personer innan färdigställande.

Nämndernas ansvar

Av kommunallagen (KL) 6:6 framgår bl.a. att nämnderna var och en inom sitt område 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.

Den interna kontrollen kan avse ansvar och befogenheter, system och administrativa rutiner. Syftet med den interna kontrollen är att bidra till att ändamålsenligheten i verksamheten stärks och att verksamheten bedrivs effektivt och säkert.

Av socialtjänstlagen (SoL) 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. I begreppet god kvalitet inryms bl.a. rättssäkerhet, kompetens, bemötandefrågor, den enskildes medinflytande samt att vården och servicen är lättillgänglig. Kvalitetsarbetet kan bedrivas på olika sätt. Vissa faktorer har stor betydelse för att verksamheten ska sägas ha god kvalitet, t.ex. att socialtjänstens insatser ges i enlighet med de mål och övriga bestämmelser som lagen anger. För att kunna utveckla och bedöma kvalitet krävs att kunskap tas tillvara genom systematisk dokumentation.

Iakttagelser och bedömningar

Antal kunder inom hemtjänsten

Av tabellen nedan framgår antalet kunder inom hemtjänsten per januari 2020. De rödmarkerade enheterna är privata utförare.

Enhet. Röda = LOV	Antal kunder
Näsby hemtjänst	28
Alternativ hemtjänst	45
Färlöv/Önnestad	47
Helgedal	47
Åhus norra	47
Everöd	49
HS hemtjänst	49
Arkelstorp	55
Tollarp	57
Sommarro	62
Tollarp centrum	62
Åhus centrala	67
Allön/Hammar	69
Fjälkinge	72
Vä	79
Degeberga	85
Nya hemtjänst	87
Österäng	87
Söder	90
Östermalm	96
Sommarlyckan	104
Hemtjänstkunder totalt	1 175+209

Kundtid/arbetad tid

Av tabellen nedan framgår kundtid per enhet totalt under år 2019 samt per mars månad 2020.

Enhet	Kundtid/arbetad tid 2019	Kundtid/arbetad tid mars 2020
HTJ Allön/Hammar	60,4%	59,2%
HTJ Arkelstorp	56,5%	55,0%
HTJ Degeberga	56,7%	55,9%
HTJ Fjälkinge	55,2%	55,5%
HTJ Färlöv/Önnestad	53,9%	55,3%
HTJ Helgedal	62,1%	58,8%
HTJ Sommarlyckan	60,8%	61,1%
HTJ Sommarro	66,1%	58,3%
HTJ Söder	66,3%	70,4%
HTJ Tollarp	56,4%	57,5%
HTJ Tollarp Centrum	55,6%	52,6%
HTJ Vä	64,9%	63,1%

HTJ Åhus Centrala	63,0%	62,5%
HTJ Åhus Norra	57,5%	57,5%
HTJ Östermalm	61,1%	69,4%
HTJ Österäng	54,7%	59,2%
HTJ Everöd	54,6%	55,1%
Total snitt	60,0%	59,4%

Styrning lakttagelser

Styrande dokument inom det granskade området utgörs av **dokument** som är beslutade på politisk nivå samt på förvaltningsnivå. Avsnittet består av två delar, mål och mätetal samt systematiskt kvalitetsarbete.

Mål och mätetal

Vi har tagit del av **Värdighetsgarantin** vilken är beslutad av omsorgsnämnden. Värdighetsgarantin bygger på socialtjänstlagens nationella värdegrund för äldreomsorgen. Dessa värdegarantier lyder:

- Gott bemötande
- Meningsfull vardag - att känna livslust och glädje
- Individuell planering
- Mat- och måltidsmiljö
- Omsorg vid livets slut

Vidare har vi tagit del av **Verksamhetsplan med internbudget och styrkort 2020**, vilken är beslutad av omsorgsnämnden i december 2019. Av verksamhetsplanen framgår kommunfullmäktiges övergripande strategiska mål inom fyra perspektiv, nämndens mål samt indikatorer. Vi har även tagit del av **Omsorgsnämndens styrkort 2020**, där indikatorer, mätpunkter (mått) samt mätperiod framgår.

Ett exempel på en mätpunkt för målet *Delaktiga, nöjda och trygga brukare (indikator dokumentation)* är andel kunder med aktuell genomförandeplan som upprättas med dokumenterad medverkan av kund. Där anges att 90-100 procent är grönt, 50-89 procent är gult och 50 procent eller färre är rött. Vid intervjuer anges att det kan vara en svår balans att hitta mätpunkter som säger något om kvalitet, samt att det inte alltid är tydligt vad som ska mätas.

Vi har även tagit del av **Strategisk plan för digitalisering och välfärdsteknologi 2018-2020**, vilken nämnden beslutade om i augusti 2018. I planen redovisas prioriterade områden, exempelvis digitala lås, digitala trygghetslarm, E-tillsyn med mera. Målsättningen för perioden 2018-2020 är att genomföra aktiviteter inom prioriterade områdena enligt plan. Vid intervju anges att verksamheten ordinärt boende (hemtjänst) följer omsorgsförvaltningens plan för digitalisering.

Av omsorgsförvaltningens **Internkontrollplan år 2020** framgår att social dokumentation¹ är ett väsentligt riskområde och därmed föremål för granskning. En kontrollaktivitet är om rutinen för genomförandeplaner följs, samt om kvaliteten på upprättade genomförandeplaner är i nivå med lagstiftningens krav.

Vidare har vi tagit del av **Verksamhetsplan ordinärt boende 2020**, vilken innehåller nämndens mål inom de fyra perspektiven samt indikatorer relevanta för ordinärt boende. Av verksamhetsplanen för ordinärt boende framgår att det finns en separat **Handlingsplan för prioriterade aktiviteter och åtgärder**. Vid intervju anges att verksamhetsplanen för ordinärt boende och handlingsplanen fastställs i samråd mellan förvaltningschef och verksamhetschef. Det framhålls att det finns en röd tråd från nämndens styrkort, verksamhetsplanen för förvaltningen, verksamheternas egna verksamhetsplaner och ut till i verksamheternas enheter.

Av handlingsplanen framgår vad som ska göras inom respektive /indikator, vem som är ansvarig, när arbetet ska påbörjas, när det ska vara klart och vem det ska rapporteras till.

Av verksamhetsplan, handlingsplan och intervjuer framgår att ökad kunskapsnivå bland enhetscheferna kring relevant lagstiftning samt samlokalisering av fler hemtjänstenheter är två prioriterade områden under 2020. Vid intervju med nämndens presidium anges att indikatorn *kundtid* är prioriterad för nämnden. Vidare anges att nämnden inför år 2020 tillfört en indikator avseende *personalkontinuitet*. Vi noterar att hemtjänstens personalkontinuitet 2019 placerade kommunen bland de 25 % sämsta kommunerna i riket.

Sammanfattningsvis:

- Vid flera intervjuer anges att fokus för nämnd och verksamheten i viss utsträckning skiftat från ekonomi (budget i balans) till verksamhet (kvalitet), under innevarande mandatperiod. Detta har skett tack vare hemtjänstens positiva avvikelse från driftbudget. Negativa avvikelser från driftbudget under föregående mandatperiod anges som skäl till att kvalitetsresultat inte prioriterats i tillräcklig utsträckning.
- Det upplevs numera finnas bättre organisatoriska förutsättningar att arbeta med kvalitetsfrågor, både förvaltningsövergripande och verksamhetsspecifikt. Som en konsekvens har ett arbete påbörjats för att upprätta ett årshjul för planering av hemtjänstens kvalitetsarbete.
- På grund av rådande pandemi har visst utvecklingsarbete stannat av, medan andra områden blivit mer prioriterade. Ett exempel som lyfts fram är det ökade fokuset på förbättrad personalkontinuitet.

¹ Social dokumentation ska enligt socialtjänstlagen (SoL) ske, både under handläggning och under genomförandet av beslut om stödinsatser, vård och behandling. Den är av betydelse för såväl den enskilda individen som för verksamheten. Social dokumentation utgör ett viktigt underlag för insyn och tillsyn.

Systematiskt kvalitetsarbete

Vi har tagit del av omsorgsförvaltningens dokument **Ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9²**, vilket beskriver kvalitetsledningssystemet. Vidare finns processer och rutiner tillgängliga för samtliga medarbetare i förvaltningens handböcker. Ledningssystemet hanteras av processgrupper som tillhör förvaltningens olika verksamhetsområden. Kvalitetsledningssystemet är ett av ansvarsområdena som det åligger processgrupperna att revidera och hålla aktuellt. Nedan redogörs för krav enligt SOSFS 2011:9 och våra iakttagelser inom respektive område.

Ansvar för och användning av ett ledningssystem

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.

- Vi har i granskningen inte tagit del av några politiska beslut avseende kvalitetsledningssystemet eller dess användningsområde.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

- I intervjuer anges att ledningssystemet inte utgör ett stöd i alla delar, vilket anses påverka förutsättningarna för det systematiska kvalitetsarbetet negativt. Detta förklarar de intervjuade delvis med att det saknas ett digitalt systemstöd för arbetet. Vidare anges att ett digitalt systemstöd ska upphandlas under år 2020.

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

- I dokumentet ledningssystem för kvalitet anges fördelningen av ansvar och befogenheter i kvalitetsarbetet. Ansvarsfördelningen framgår från nämnds nivå till alla medarbetares ansvar. Däremellan anges bland annat medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar, kvalitetsutvecklarens ansvar, enhetschefernas ansvar, förvaltningschefens ansvar osv.

Bedömning

Vi bedömer att nämndens respektive förvaltningens styrning av verksamhetens kvalitet *delvis* är tillräcklig.

Bedömningen baseras på att det finns mål, indikatorer och mätetal i nämndens styrkort avseende kvalitet i hemtjänsten. Bedömningen baseras även på att förvaltningens och ordinärt boendes verksamhetsplan samt handlingsplan innehåller aktiviteter för att förbättra hemtjänstens kvalitet.

² Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Bedömningen baseras avslutningsvis på att kvalitetsledningssystemet fortfarande endast är under uppbyggnad och saknar ett ändamålsenligt systemstöd, vilket sammantaget påverkar förutsättningarna att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete på ett negativt sätt.

Uppföljning *laktagelser*

Uppföljning av verksamhetens kvalitet till nämnden sker i samband med redovisning av patientsäkerhetsberättelse, kvalitetsberättelse, verksamhetsuppföljning, uppföljning av internkontrollplan samt vid delårs- och årsredovisning.

Vi har tagit del av **Patientsäkerhetsberättelsen** för år 2019, vilken nämnden godkände i mars 2020. Av protokoll och intervjuer framgår att nämnden på grund av rådande pandemi inte har behandlat kvalitetsberättelsen för år 2019. Dock har innehållet i kvalitetsberättelsen delgetts nämnden som ett informationsärendet vid sammanträdet i mars.

I **Kvalitetsberättelsen 2019** redovisas resultatet av arbetet med riskanalyser, egenkontroll, utredning av avvikelser samt resultat av arbetet med processer, riktlinjer och rutiner, social dokumentation, brukarundersökningar, verksamhetsuppföljning med mera. Vi noterar att kvalitetsberättelsen innehåller flertalet förbättringsförslag.

Systematiskt förbättringsarbete enligt SOSFS 2011:9

Riskanalys - *Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.*

- Av kvalitetsberättelsen 2019 framgår att riskbedömningar har gjorts i alla verksamheter utifrån kund- och kvalitetsperspektiv. Vidare anges att riskbedömningar även genomförs i samband med förändringar av olika verksamhetssystem.

Egenkontroll - *Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.*

- Vi har tagit del av dokumentet **Egenkontroller i ordinärt boende 2020**. Kontrollpunkterna är framtagna ur perspektiven medarbetare, kund och ekonomi. Exempel på egenkontroll under år 2020 är kontaktman och genomförandeplan, personalkontinuitet och dokumentation. Vidare anges hur ofta egenkontrollen ska genomföras.

Utredning av avvikelser

Klagomål och synpunkter - Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.

- I kvalitetsberättelsen 2019 anges att inkomna synpunkter ökat de senaste åren. Inkomna positiva synpunkter ökade under 2019 med 78% och klagomålen ökade med 20% jämfört med 2018. Vidare anges att det påbörjats ett arbete kring att fördjupa och förbättra analysarbetet kopplat till synpunkter och klagomål.

Sammanställning och analys - Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

- Av kvalitetsberättelsen 2019 framgår sammanställning och analys av avvikelserna. Vidare anges att det under 2019 påbörjades ett nytt arbetssätt kring att lyfta fram vikten av sociala avvikelser, samt att regelbundet sammanställa och analysera de inkomna händelserna. Arbetssättet förväntas bli en naturlig del av det systematiska kvalitetsarbetet under 2020.

Vidare har vi tagit del av **Årsredovisningen för år 2019**. I samband med bokslutet lämnas en övergripande beskrivning av den samlade verksamheten, där varje verksamhet lämnar en beskrivning av sin verksamhet under året. Av **Delårsrapport 2019** framgår att uppföljning av nämndens styrkort har skett per augusti månad. Vi noterar att det är ett antal indikatorer som bygger på mätningar som genomförs under hösten. För dessa indikatorer presenteras en prognos. Detta innebär att nämnden i vissa fall tar del av kvalitetsresultat först i samband med bokslut. Uppföljning av **Internkontrollplan** för år 2019 godkändes av omsorgsförvaltningen vid sammanträdet i november 2019.

Verksamhetsuppföljning 2019 godkändes av nämnden vid sammanträdet i januari 2020. Syftet med verksamhetsuppföljningar anges bland annat vara att ta reda på hur väl verksamheten lever upp till lagstiftarens krav på god kvalitet inom vård och omsorg, samt bidra med förslag på åtgärder som vidareutvecklar verksamheten. Under 2019 låg fokus på social dokumentation, förankring av värdegrund/värdighetsgarantier samt arbetet för att ge kunderna en positiv upplevelse i samband med mat och måltider. Av denna uppföljning framgår resultatet för respektive enhet och område.

Verksamhetsuppföljningen visade på att det krävs ett fortsatt arbete för att säkerställa att den sociala dokumentationen är ett redskap för att verksamheten ska utföra omsorg efter beviljade insatser och kundens behov, bland annat genom att skapa arbetssätt som möjliggör att den sociala dokumentationen regelbundet går igenom för att se trender och behov.

Avseende de områden där bedömningen är att verksamheten endast delvis uppfyller god kvalitet/inte uppfyller god kvalitet begärs att utföraren vidtar åtgärder. De berörda enheterna ska lämna in skriftliga åtgärdsplaner med tidsplan och det anges att en dokumenterad uppföljning av åtgärdsplaner kommer att begäras in.

Vid sammanträdet i januari 2020 godkände nämnden även uppföljning av verksamhetsuppföljning 2018, avseende de områden där bedömningen vid verksamhetsuppföljningen 2018 var att verksamheten endast delvis uppfyller god kvalitet/inte uppfyller god kvalitet. Åtgärdsplaner med tillhörande tidsplan begärdes då in. Därefter har en dokumenterad uppföljning av åtgärdsplanen begärts in. Resultatet framgår av respektive enhets inlämnade material. Vi noterar att ansvaret för arbetet med åtgärdsplaner ligger på förvaltningsnivå.

I samband med den månadsvisa ekonomiska redovisningen till nämnden redogörs även för resultaten för vissa indikatorer i styrkortet, exempelvis kundtid. Vidare anges att ärenden enligt lex Sarah³ och lex Maria⁴ redovisas löpande vid nämndsammanträden.

Avslutningsvis:

- Nämndens presidium anges att uppföljningen som nämnden tar del av är av god kvalitet. Verksamheten anger att det är tydlig vad som ska rapporteras uppåt i förvaltningsorganisationen samt till nämnden.
- Punkten verksamhetsutveckling är stående på hemtjänstens ledningsgruppsmöten. Egenkontroll, att verksamheten själv kontrollerar att verksamheten följer de regler som styr verksamheten, har identifierats som ett väsentligt riskområde som behöver prioriteras under år 2020.
- Under år 2020 kommer hemtjänsten även att fokusera på en ökad standardisering avseende löpande uppföljning och utvärdering av verksamhetens kvalitet. De intervjuade uppger att den största utvecklingspotentialen finns i arbetet med utvärdering, d.v.s att kunna förklara *varför* något har hänt.
- Ett årshjul⁵ för uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet har upprättats inom hemtjänsten. Arbetet har dock nyligen påbörjats. Ambitionen är att årshjulet ska fungera som ett stöd för rapportering av verksamhetens kvalitetsarbete. Vi noterar att det idag finns flertalet, delvis överlappande, årshjul som verksamhetens chefer ska förhålla sig till. Detta har inneburit att det på enhetschefsnivå ges uttryck för att det saknas en tydlig struktur för det samlade kvalitetsarbetet.

Bedömning

Vi bedömer att det *delvis* finns en tillräcklig uppföljning till omfattning och innehåll samt kunskaper om orsakerna till verksamheternas kvalitetsresultat.

Bedömningens baseras på att uppföljningens omfattning är tillräcklig i form av exempelvis kvalitetsberättelse, verksamhetsuppföljning, uppföljning av handlingsplaner m.m.

Bedömningen baseras även på att arbetet med att standardisera uppföljning och utvärdering med stöd av ett årshjul för det systematiska kvalitetsarbetet fortfarande är under utveckling. Vi noterar särskilt att utvärdering är ett utvecklingsområde. För att

³ Anmälan om missförhållanden.

⁴ Anmälan om vårdskada.

⁵ Samma årshjul som omnämnd i avsnitt "Styrning".

kunna utveckla och bedöma kvalitet krävs även att kunskap tas tillvara genom systematisk dokumentation.

Det är positivt att kvalitetsresultat fått ökad uppmärksamhet inom nämnd och förvaltning. Detta får dock inte ske på bekostnad av en fortsatt budget i balans.

Åtgärder lakttagelser

Genom exempelvis kvalitetsberättelse och verksamhetsuppföljning informeras nämnden årligen om förvaltningens planerade och genomförda förbättringsarbete. Om nämnden inte är nöjd med åtgärderna som planeras åligger det nämnden att ge förvaltningen i uppdrag att vidta ytterligare eller andra åtgärder. De intervjuade betonar att det finns en samsyn mellan nämnd och förvaltning avseende vad som är hemtjänstens förbättringsområden, t.ex. social dokumentation, genomförandeplaner och personalkontinuitet. Nämnden har därför inte beslutat om några ytterligare eller andra åtgärder under perioden 2019 t.om. maj 2020.

Vi noterar att det inte går att styrka att nämnden fattat några *tydliga* beslut om åtgärder utifrån uppföljning av hemtjänstens kvalitet, utöver att *godkänna* t.ex. kvalitetsberättelse och verksamhetsuppföljning. Vi noterar samtidigt att såväl verksamhetsuppföljning som kvalitetsberättelse innehåller ett större antal förbättringsförslag.

Vi noterar avslutningsvis att social dokumentation även är ett granskningsområde i nämndens internkontrollplan för år 2020. I samband med årlig uppföljning av internkontrollplan informeras nämnden om förvaltningens planerade åtgärder.

Bedömning

Vi bedömer att omsorgsnämnden *delvis* agerar på ett aktivt sätt kring verksamhetens kvalitet som också innefattar tydliga och aktiva beslut i nämnden.

Bedömningen baseras på att nämnd och förvaltning *tillsammans* agerar aktivt kring verksamhetens kvalitet, vilket framgår av styrning och uppföljning av verksamheten.

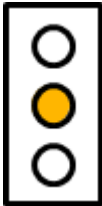
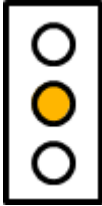
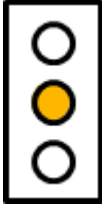
Bedömningen baseras även på att det inte går att styrka att nämnden fattat *tydliga* beslut kring hemtjänstens kvalitet utöver att *godkänna* förvaltningens uppföljning. Förvaltningens uppföljning innehåller ett större antal förbättringsförslag. Hur nämnden prioriterar mellan dessa förbättringsförslag går inte att styrka.

Avslutning

Sammanfattande revisionell bedömning

Utifrån genomförd granskning är vår **sammanfattande revisionella bedömning** att omsorgsnämnden *inte helt* säkerställer en ändamålsenlig verksamhet genom en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av hemtjänstens kvalitet.

Bedömningar mot revisionsfrågor

Revisionsfråga	Kommentar	
Är nämndens respektive förvaltningens styrning av verksamhetens kvalitet tillräcklig? Fokus på mål och mätetal.	Delvis uppfyllt	
Finns en tillräcklig uppföljning till omfattning och innehåll samt kunskaper om orsakerna till verksamhetens kvalitetsresultat?	Delvis uppfyllt	
Agerar omsorgsnämnden på ett aktivt sätt kring verksamhetens kvalitet som också innefattar tydliga och aktiva beslut i nämnden?	Delvis uppfyllt	

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till omsorgsnämnden:

- Säkerställ att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) upprättas i *alla* delar.
- Säkerställ att orsakerna till verksamheternas kvalitetsresultat *utvärderas* löpande.
- Prova hur det kan tydliggöras hur nämnden *prioriterar* mellan förvaltningens förbättringsförslag avseende hemtjänstens kvalitet.

Bilagor

Kvalitet och resultat hemtjänst

Via kommun- och landstingsdatabasens (KOLADA) funktion Jämföraren går det att få en överblick över hemtjänstens kvalitet och resultat inom områdena "Leva och bo självständigt", "Trygga förhållanden" samt "Aktiv och meningsfull tillvaro. Över tid (2016-2019) är det två resultat som sticker ut i Kristianstads kommun, *brukarbedömning hemtjänst - inflytande och tillräcklig tid, andel (%) - bästa 25 % kommunerna* - samt *personalkontinuitet, antal personer som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde - sämsta 25 % - kommunerna*. I övrigt redovisar kommunen kvalitetsresultat som ger en placering i den mittersta, genomsnittliga, kommungruppen.

Socialstyrelsen genomför årligen brukarundersökningar hos äldre i syfte att undersöka kundernas upplevelse av äldreomsorgen. I Kristianstads kommun var svarsfrekvensen 62 procent för ordinärt boende år 2019. Vi kan konstatera att 92 procent av svarande respondenter angett att de sammantaget är nöjda med hemtjänsten under 2019, vilket placerar kommunen i den mittersta kommungruppen. Över 90 procent av svarande har uppgett att de sammantaget är nöjda med hemtjänsten under åren 2016-2019.

Utdrag ur verksamhetsplan ordinärt boende 2020

Nedan framgår nämndens mål och nämndens indikatorer som är relevanta för ordinärt boende.

Perspektiv: Medborgare

Nämndens mål	Nämndens indikatorer relevanta för ordinärt boende
<ul style="list-style-type: none">- Delaktighet, nöjda och trygga brukare- Hälsosamt liv- Stöd, vård och omsorg på lika villkor- Aktiva insatser för hållbar miljö	<ul style="list-style-type: none">- Dokumentation Andel kunder med aktuell genomförandeplan som upprättas med dokumenterad medverkan av kund- Sammanvägd upplevelse Sammanvägt resultat ÖJ respektive Picto-stat. Andel enheter med förbättrat resultat jmf med föregående mätning- Jämställda insatser för kunder Alla indikatorer under målet - Delaktiga, nöjda och trygga brukare- Barnrättsperspektiv Andel nämndsärenden där barnperspektivet har bedömts.- Personalkontinuitet Antal kunder som mött fler än 20 personer under 14 dagar/antal kunder som får besök av hemtjänst minst 2 ggr/dag

	<ul style="list-style-type: none"> - Transporter Andel bilar med fossilfritt bränsle - Aktiviteter för hållbar miljö Andel enheter=enhetschefer med aktiviteter för hållbar miljö
--	---

Perspektiv: Utveckling

Nämndens Mål	Nämndens Indikatorer
- En verksamhet för stöd, vård och omsorg i framkant	<ul style="list-style-type: none"> -Ledarkompetens Utveckling av ledarskap-metod för tillitsbaserad styrning -Kompetens hos medarbetare Andelen utbildade, andel specialistutbildade -Evidensbaserade metoder Senior alert, BPSD, Rikssår -Förbättringsarbete Andel enheter=enhetschefer med förbättringsarbete

Perspektiv Medarbetare:

Nämndens Mål	Nämndens Indikatorer
<ul style="list-style-type: none"> - God hälsa och hög arbetstillfredsställelse - Ökad delaktighet, ökat medskapande och ansvarstagande 	<ul style="list-style-type: none"> -Sjukfrånvaro -Medarbetarenkät

Perspektiv Ekonomi:

Nämndens Mål	Nämndens Indikatorer
- Ekonomisk kontroll	<ul style="list-style-type: none"> - Driftbudgetföljsamhet - Kundtid Hemtjänst (63% snitt delår, december 65%)

Uppföljning styrkort omsorgsnämnden 2019

Nedan framgår utdrag ur uppföljning av omsorgsnämndens styrkort 2019 på nämndsnivå.

Mål	Indikatorer	Indikator-värden	Kommentar
Medborgare: <i>Delaktiga, nöjda och trygga brukare</i>	<p>Dokumentation:</p> <p>Genomförandeplan andel kunder med aktuell genomförandeplan</p> <p>Andel kunder med plan som upprättas med dokumenterad medverkan av kund</p> <p>Andel planer med individuella mål</p>	<p>● 90-100% ● 50-89% ● <50%</p> <p>● 90-100% ● 50-89% ● <50%</p> <p>● 90-100% ● 50-89% ● <50%</p>	<p>○: Sammanvägt en viss försämring sedan föregående år, hemtjänst gult resultat.</p> <p>○: Samma nivå som föregående år, hemtjänst gult resultat.</p> <p>○: Hemtjänst inom gult resultat. Utvecklingsarbete pågår</p>
Medborgare: <i>Hälsosamt liv</i>	<p>Förebyggande verksamhet:</p> <p>Hemgångsteamet-andel kunder som har färre utförda timmar i hemtjänst efter insats från hemgångsteamet</p> <p>Antal aktiviteter riktade till alla anhöriga</p> <p>Upplevd ensamhet</p>	<p>● 75 % eller mer ● 50-74 % ● <50%</p> <p>● Fler aktiviteter än 2018 ● Lika många som 2018 ● Färre än 2018</p> <p>56% (55% år 2019) ordinärt boende</p>	<p>● 92%, liten förbättring sedan föregående år</p> <p>● Antalet har ökat, tex via telefon, enskilda möten, information osv.</p>
Medborgare: <i>Stöd, vård och omsorg på lika villkor</i>	<p>Jämställda insatser: Plan för jämställdshetsarbete</p> <p>Välkänd synpunktshandling: Resultat ÖJ och pictostat</p>	<p>● Påbörjat arbete ● Ej påbörjat arbete</p> <p>● 80% eller mer ● 60-79% ● <60%</p>	<p>● Arbetsgrupp är startad, fortgår 2020</p> <p>○: Fortsatt utvecklingsområde, 68% hemtjänst</p>
Medborgare: <i>Aktiva insatser för hållbar miljö</i>	<p>Transporter:</p> <p>Andel bilar med fossilfritt bränsle</p> <p>Koldioxid</p>	<p>● mer än 75% ● 50-74% ● <50%</p> <p>● minskning 5% eller mer jmf 2018 ● minskning 1-4% jmf 2018 ● samma som 2018</p>	<p>● 48% målsättningen är att ha fossilfria bilar vid utgången av 2020.</p> <p>● Utfall samma som föregående år, svårt att minska utifrån målgrupp för verksamheten.</p>

<p>Utveckling: <i>En verksamhet för stöd, vård och omsorg i framkant</i></p>	<p>Ledarkompetens: Andel chefer som genomgått utbildning i förändringsledarskap</p> <p>Kompetens medarbetare: Andel utbildade medarbetare Andel specialist utbildade</p> <p>Evidensbaserad praktik: <input type="checkbox"/> Senior alert <input type="checkbox"/> BPSD <input type="checkbox"/> Delaktighetsmodell <input type="checkbox"/> Case Management (CM)</p>	<p>● 90-100% ● 50-89% ● Mindre än 50%</p> <p>● ökning jmf 2018 ● oförändrad jmf 2018 ● minskning jmf 2018</p> <p>● ökning jmf 2018 ● oförändrad jmf 2018 ● minskning jmf 2018</p>	<p>● Flertalet av cheferna har gått utbildningen</p> <p>● Antal medarbetare har minskat med 1%, andelen utb är 86,3%. ● Andel specialistutbildade, liten ökning jmf 2018.</p> <p>○ Utvecklingsarbete pågår i berörda verksamheter. BPSD fler enheter anslutna. CM har färre slingor under hösten</p>
<p>Medarbetare: <i>God hälsa och hög arbetstillfredsställelse</i></p>	<p>Sjukfrånvaro: Antal dagar per anställd</p> <p>Systematiskt arbetsmiljöarbete: Andel tillfredsställande svar</p> <p>Likabehandling: Andel tillfredsställande svar</p>	<p>● minskning med 1,5 dagar jmf 2018 ● minskning med 0,1-1,49 dagar jmf 2018 ● ökning jmf 2018</p> <p>● 90% eller högre ● 76-89% ● <76%</p> <p>● 75% eller högre ● 51-74,9% ● <51%</p>	<p>○ Minskning med 0,4 dagar per anställd</p> <p>● 93,5%, förbättring sedan föregående mätning</p> <p>● 92%, förbättring sedan föregående mätning</p>
<p>Ekonomi: Ekonomisk kontroll</p>	<p>Driftbudget</p> <p>Kundtid (hemtjänst)</p>	<p>● Positiv budgetavvikelse ● -0,01% till -0,49% avvikelse ● Sämre än -0,5% avvikelse</p> <p>● 60% och högre ● 55% - 59,9% ● <50%</p>	<p>● Utfall på 11,5 mkt, överstiger budget med 0,7%</p> <p>● 60%</p>

2020-06-17

*Lena Salomon,
Uppdragsledare*

*Christer Marklund,
Projektledare*

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av revisorerna i Kristianstad kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 4 februari 2020. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.