

Granskning av kvalitén inom hemtjänst

Osby kommun



Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor	3
2.3. Genomförande och avgränsning	4
2.4. Revisionskriterier	4
3. Granskningsresultat	5
3.1. Organisation och ekonomi.....	5
3.2. Mål för hemtjänstverksamheten och fast omsorgskontakt	6
3.3. Systematiskt kvalitetsarbete	9
4. Sammanfattande bedömning	17
5. Källförteckning	19
6. Revisionskriterium	20
6.1. Kommunallagen (2017:725)	20
6.2. Socialtjänstlagen (2001:453).....	20
6.3. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	20
6.4. Hälsa- och omsorgsnämndens reglemente	21

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Osbys kommun granskat hälsa- och omsorgsnämndens arbete med kvalitén inom hemtjänsten. Granskningen har genomförts genom intervjuer med nyckelfunktioner och analys av dokumentation.

Vår sammanfattande bedömning är att hälsa- och omsorgsnämnden delvis har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att säkra och utveckla kvalitén inom hemtjänsten. Bedömningen grundas på att det finns ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete men som inte är förankrat i verksamheten. Därutöver har nämnden inte säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av kvalitén inom hemtjänsten.

Nämnden har fastställt mål för hemtjänstverksamheten som kan fungera som styrande för verksamheten. Dock kan vi konstatera att det inte är ett krav att verksamheterna bryter ner nämndens mål utan kan välja att formulera mål efter verksamheternas egna utmaningar utan koppling till nämndens mål. I praktiken innebär detta att nämndens mål i själva verket inte är särskilt styrande utan fungerar mer som en uppföljning av verksamhetens kvalitet. Vad gäller fast omsorgskontakt är det vår bedömning att nämnden vid granskningens tidpunkt vidtagit och planerat lämpliga åtgärder i väntan på vidare vägledning från Socialstyrelsen innan ytterligare åtgärder vidtas.

Avseende uppföljningen av verksamhetens kvalitet visar granskningen att det saknas en kvalitetsberättelse och nämnden har inte säkerställt en tillräcklig uppföljning av kvalitén i övrigt. Vi ser en risk i att nämnden inte fullt ut säkerställt personalens medverkan i kvalitetsarbetet. Inom ramen för intern kontroll genomförs kontroller av efterlevnaden av rutiner och rutinen gällande avvikelshantering kan bidra till ett förbättrat egenkontrollarbete framöver. Ett utvecklingsområde skulle kunna vara att grunda valet av egenkontroller på en riskanalys i likhet med hur valet av kontrollmoment inom ramen för internkontroll ska göras. Personalen inom hemtjänsten skulle med fördel kunna involveras i riskanalysarbetet för att göra dem än mer delaktiga i kvalitetsarbetet.

Vi rekommenderar hälsa- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Se över syftet med målen som sätts för verksamheten och säkerställ att nämndens syfte uppnås.
- ▶ Följa upp implementeringen av bestämmelsen avseende fast omsorgskontakt.
- ▶ Utveckla arbetet gällande egenkontroller genom att genomföra en riskanalys som ligger till grund för valet av egenkontroller.
- ▶ Säkerställa en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet, bland annat genom att upprätta en kvalitetsberättelse.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

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

Socialstyrelsen föreskriver att den som bedriver socialtjänst ska upprätta ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar verksamhetens alla delar. Ledningssystemet beskrivs som ett systematiskt arbetssätt för att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt kontinuerligt förbättra verksamheten. I föreskrifterna finns det krav på att identifiera, beskriva och fastställa processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. För ett systematiskt arbete med utveckling och förbättring ska det genomföras riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser. Personalen ska medverka i kvalitetsarbetet och kvalitetsarbetet ska dokumenteras.

Den 1 juli 2022 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, med krav på att den som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt. Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning när hemtjänstinsatsen verkställs. Från och med den 1 juli 2023 får endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska utses till fast omsorgskontakt. Det finns övergångsregler som anger att den som vid ikraftträdandet av 3 kap. 3 d § är tillsvidareanställd med yrkestiteln undersköterska får utses att vara fast omsorgskontakt, trots att han eller hon inte har fått bevis enligt 4 kap. 5 a § patientsäkerhetslagen (2010:659) om rätt att använda yrkestiteln undersköterska, dock längst fram till och med den 30 juni 2033.

Kommunens revisorer har i sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt att det är väsentligt att granska kvalitetsarbetet inom hemtjänsten.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte har varit att bedöma om hälsa- och omsorgsnämnden har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att säkra och utveckla kvalitén inom hemtjänsten.

I granskningen ska följande revisionsfrågor besvaras:

- ▶ Har nämnden fastställt mål för hemtjänstverksamheten?
- ▶ Har nämnden implementerat och säkerställt efterlevnaden av den nya bestämmelsen avseende fast omsorgskontakt?

- ▶ Finns ett dokumenterat ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet?
- ▶ Har nämnden säkerställt personalens medverkan i kvalitetsarbetet inom hemtjänsten?
- ▶ Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av kvalitén inom hemtjänsten?

2.3. Genomförande och avgränsning

Granskningen har genomförts under perioden januari - april 2023. Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med nämndens presidium, förvaltningschef, områdeschef stöd och omsorg och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Granskningen omfattar hemtjänstinsatser som ges till personer 65 år och äldre.

2.4. Revisionskriterier

Granskningens bedömningar utgår från följande revisionskriterier, för att läsa mer om revisionskriterierna se bilaga kapitel 6.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:725)
- ▶ Socialtjänstlagen (2001:453)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- ▶ Reglemente för Osby kommuns nämnder mandatperioden 2019-2022

3. Granskningsresultat

Revisionskriterium

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska verksamheten dokumentera arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 (SOSFS 2011:9) eller bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med dokumentation som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse.

Den 1 juli 2022 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen (SoL), om fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Bestämmelsen innebar att den som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt, såvida det inte bedöms vara uppenbart obehövligt. Syftet med en fast omsorgskontakt är vidare att säkerställa behov av kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning inom ramen för verkställigheten av hemtjänstinsatsen.

3.1. Organisation och ekonomi

I Osby kommun är hälsa- och omsorgsnämndens ansvarig nämnd för verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård, socialtjänst samt verksamhet enligt LSS. Inom hälsa- och omsorgsförvaltningen är hemtjänsten uppdelad i två områden, hemtjänsten Lönsboda som består av tre arbetsgrupper samt hemtjänsten Osby/Killeberg som består av fem arbetsgrupper. Inom hälsa- och omsorgsförvaltningen finns det en områdeschef för stöd och omsorg och en områdeschef för hälsa, sjukvård och boende.

I nämndplanen för 2023 framgår det att budget för arbetsgrupperna inom hemtjänsten i olika utsträckning har ökat eller minskat i jämförelse med år 2022. I budget för 2023 har hemtjänsten fått en förstärkning i sin budget för året relaterat till 2022 års prognos. Det framgår att hemtjänsten fått ett utökat planeringsstöd. Vid intervju framkommer det att hemtjänsten även under 2022 fick ett utökat planeringsstöd som var finansierat av statliga bidrag. Planeringsstödet tilldelades då en specifik hemtjänstgrupp. Enligt inkomna uppgifter innebar införandet av ett nytt verksamhetssystem att det uppstod en del utmaningar för schemaläggning och vikarieanskaffning, vilket innebar en ökad belastning på enhetscheferna. För att hantera detta fick enhetscheferna inom hemtjänsten, särskilda boenden och LSS verksamheterna stöd. Inom hemtjänsten var detta stöd i form av planerare. Det statliga bidraget har också sökts för 2023, men detta är avsett för flera hemtjänstgrupper.

Av nämndplan 2023 framgår det att trots hemtjänstens något ökade resurser krävs anpassningar för att verksamheten ska hålla sig inom budgetramen. I nämndplanen framgår en del åtgärder som är planerade för året. Några av de åtgärderna är:

- ▶ intensifiera arbetet med att implementera riktlinjer gällande inköp,
- ▶ arbeta med att kvalitetssäkra uppföljningar av beviljad hjälp i hemmet, samt
- ▶ skapa struktur för hur observationer som görs av omvårdnadspersonal tas till vara vid omprövning av beslut.

Enligt uppgift är åtgärdernas syfte att minska antalet hemtjänsttimmar och att anpassa volymerna. Uppfattningen är att dessa åtgärder kan leda till noggrannare uppföljningar som i sin tur kan innebära att fler insatser som inte längre bedöms behövas kan avslutas. Fler avslutade insatser uppges bidra till en ökad kostnadseffektivitet samt bidra till en ökad självständighet för den enskilde.

Hälsa- och omsorgsförvaltningen har i sitt årshjul för 2023 en månadsvis planering för när specifika arbetsuppgifter är avsedda att genomföras. I årshjulet framgår det att verksamheten ska informeras om årets verksamhetsmål och skapa en planering för arbetet kring de bestämda målen i januari-februari. I augusti ska delårsrapporten lämnas in och i oktober-november ska mål för verksamheten upprättas inför kommande år. Vid intervju lyfts det att det vid ledningsgruppens regelbundna möten finns en förbestämd dagordning där årshjulet och aktiviteter i närtid alltid är en stående punkt för att säkerställa att årshjulet följs.

3.2. Mål för hemtjänstverksamheten och fast omsorgskontakt

3.2.1. Mål för hemtjänstverksamheten

Kommunfullmäktige antog 2019 tre övergripande målområden för kommunen. Ett av dessa mål, trygghet hela livet, berör hemtjänstens verksamhetsområde. I ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att kommunens målkedja består av två delar, en strategisk och taktisk nivå respektive en operativ nivå. Verksamheterna ska från den strategiska och taktiska nivån bryta ner nämndmålen till en operativ nivå i form av verksamhetsmål. Verksamhetsmålen ska ha indikatorer och aktiviteter för hur målen ska uppnås. I hälsa- och omsorgsnämndens nämndplan för år 2023 har det övergripande målområdet, trygghet hela livet, brutits ner till fyra nämndspecifika mål. Ett av dessa nämndsmål berör specifikt hemtjänsten. Målet är att behovet av insatser ska minska och leda till ett självständigt liv med en meningsfull vardag. En av indikatorerna för målet är att andel med hemtjänst som i helhetsbedömning av hemtjänst är mycket eller ganska nöjda. Målet är satt till att minst 95 % ska vara mycket eller ganska nöjda.

Vid intervju framkom det att till följd av en stor omstrukturering av kommunens styrmodell och styrprocess beslutades det att nämndmålen för 2023 skulle vara samma som för år 2022. Ambitionen är att det ska tas fram nya mål för år 2024. Det framgår vidare av intervjuerna att det inte finns en uttalad struktur för hur nämndens mål ska brytas ner till verksamhetsmål. Enhetschefer och områdeschefer tar själva fram specifika mål för sina verksamheter. Anledningen till detta arbetssätt sägs vara att de olika verksamheterna har olika utmaningar att förhålla sig till. Målen som finns på hemtjänstgruppsnivå kan därför skilja sig åt mellan grupperna och det behöver inte finnas en direkt koppling till nämndens mål. Vidare framgår det av

samtalen att nämndmålen kan brytas ner till verksamhetsmål som alla verksamheter vid behov arbetar mot.

Enligt ledningssystemet har nämnden det övergripande ansvaret för att formulera mål för verksamheterna. Nämndens presidium uppger vid intervju att de gemensamt med förvaltningen har tagit fram nämndens mål och att det främst är via målen som de säkerställer sin styrning av verksamheten. Presidiet uppger även att de vid varje nämndsammanträde får uppföljningar avseende nämndens mål och löpande djupare uppföljningar av specifika enheter. Vid protokollgranskning för perioden januari 2022 - februari 2023 går det inte att verifiera att nämnden vid varje sammanträde får uppföljningar av målen. Nämnden uttrycker vid intervju att de får den uppföljning som krävs för att säkerställa att målen uppfylls. Det framkommer att uppföljningarna av enheter inte sker av enskilda hemtjänstgrupper, utan i en sammanställning av alla hemtjänstgrupper. Vid protokollgranskningen för samma period som nämnts ovan framgår det att den uppföljning som nämnden har tagit del av som redovisas på hemtjänstgruppnivå är en uppföljning 2022-04-21 avseende förebyggande hembesök 2021.

Vid intervju med förvaltningen framkommer det att nämndens uppföljning av målen även sker i dialog i olika sammanhang med områdeschef och enhetschefer. Presidiet bekräftar detta vid intervju och tillägger att det anordnas kaféträffar två gånger om året där nämnden träffar alla enhetschefer för dialog och diskussion.

3.2.2. Fast omsorgskontakt

Den 22 september 2022 presenterade hälsa- och omsorgsförvaltningen information om fast omsorgskontakt inom hemtjänsten för hälsa - och omsorgsnämnden. Nämnden tog del av bestämmelsens syfte och nämndens ansvar i frågan, vilket är att nämnden har en skyldighet att säkerställa att den som får hemtjänst tillika erbjuds en fast omsorgskontakt. Det är upp till nämnden att besluta om hur arbetet med den fasta omsorgskontakten ska bedrivas i praktiken och att närmare beskriva detta i riktlinjer, rutiner och andra styrdokument. Vidare framgick det även vem som ska erbjudas fast omsorgskontakt, vem som kan vara fast omsorgskontakt och de uppgifter som ingår i rollen. Enligt uppgift har nämnden sedan dess inte fått ytterligare information.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram ett vägledningsmaterial avseende hur arbetet med den fasta omsorgskontakten mer specifikt ska bedrivas och planeras. Uppdraget ska redovisas av Socialstyrelsen senast den 28 april. Enligt inkommet underlag har hälsa- och omsorgsnämnden utifrån detta bestämt att till dess fokusera på tre åtgärder:

- ▶ Information om fast omsorgskontakt ska lämnas ut till berörd personal,
- ▶ information ska även lämnas till vårdtagare och anhöriga, samt
- ▶ en fortsatt utveckling av arbete med genomförandeplaner.

Vid intervju framkommer det att samtliga enhetschefer har informerat om den nya bestämmelsen avseende fast omsorgskontakt i samband med arbetsplatsträffar.

Enligt uppgift har områdeschef också informerat pensionärsorganisationer om fast omsorgskontakt. Information till vårdtagare och anhöriga planerar förvaltningen för att gå ut med under våren. Ledningsgruppen har också haft dialog om den nya bestämmelsen men avvaktar vidare vägledning från Socialstyrelsen.

Gällande utveckling av arbetet med genomförandeplaner uppges det att det finns en arbetsgrupp som arbetar med att ta fram ett förslag på hur arbete med individuella mål ska ske inom hemtjänsten och hur återkopplingen till biståndshandläggare ska ske. För att förenkla arbetet med genomförandeplaner genom användandet av verksamhetssystemet arbetar förvaltningen tillsammans med leverantören kring en ny modul. Modulen ska bland annat bidra till att beslut om mål direkt ska överföras till en genomförandeplan och att en ny genomförandeplan upprättas så fort beslut om mål registreras. Vidare uttrycks det vid intervjun att förvaltningen inte känner en större oro för att kunna bedriva arbetet avseende fast omsorgskontakt då de i dagsläget har en hög andel personal, cirka 95 procent, med en undersköterskeutbildning.

Kontaktmannaskap

Det finns en dokumenterad rutin och checklista för kontaktmannaskap. I rutinen beskrivs kontaktmannaskapet som ett arbetssätt för att stärka den enskildes möjligheter till självbestämmande. Syftet med kontaktmannaskapet är att den enskilde ska få ett individuellt bemötande präglad av inflytande och kontinuitet i den dagliga omsorgen. En kontaktman och en ersättare utses i arbetsgruppen. Rollen som kontaktman innefattar uppgiften att skapa en förtroendefull och professionell relation med den enskilde och anhöriga. Av rutinen framgår det vad som ingår i kontaktmannens uppdrag. Enligt uppgift har kontaktmannaskapet arbetats med inom hemtjänst och särskilt boende under en lång tid.

3.2.3. Bedömning

Vi bedömer att det finns mål för hemtjänstverksamheten som nämnden har fastställt och som kan fungera styrande för verksamheten. Däremot kan vi konstatera att det inte är ett krav att verksamheterna bryter ner nämndens mål utan kan istället välja att formulera mål efter verksamhetens egna utmaningar utan koppling till nämndens mål. Detta innebär att nämndens mål för hemtjänstverksamheten i själva verket inte är särskilt styrande utan fungerar mer som en uppföljning av verksamhetens kvalitet, vilket vi ställer oss frågande till om det är nämndens intention med målet.

Vad gäller fast omsorgskontakt är det vår bedömning att nämnden har vid granskningens tidpunkt vidtagit åtgärder eller planerar att vidta åtgärder som bidrar till en effektiv implementering av bestämmelsen. Det bedöms vara en lämplig hantering av nämnden att avvakta vägledning från Socialstyrelsen innan ytterligare åtgärder vidtas.

3.3. Systematiskt kvalitetsarbete

Det finns ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt verksamhet enligt LSS daterat 2019. Ledningssystemet innehåller de delar som föreskrivs i lag och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem och för systematiskt kvalitetsarbete. I ledningssystemet framgår det vilka verksamheter som ledningssystemet omfattar, utgångspunkten för ledningssystemet med fokus på kvalitet, ledningssystemets olika delar samt information om dokumentationsskyldigheten.

Ledningssystemet fastställdes av hälsa- och välfärdsnämnden 2019-02-21 § 36. Vid intervjuer framkom att det skedde en omorganisation i kommunen under 2021 som innebar att dåvarande hälsa- och välfärdsnämnden bytte namn till hälsa- och omsorgsnämnden. Ledningssystemet har sedan skiftet inte antagits av hälsa- och omsorgsnämnden men ska enligt uppgift fastställas av nämnden på kommande sammanträde den 27 april 2023.

Av intervjuerna framgår att ledningssystemet inte är förankrat i verksamheterna och att personalen inte fullt ut har kännedom om ledningssystemet. Intervjuade uppger att det framför allt är på chefsnivå som det finns en stor kännedom om ledningssystemet. Det framförs att det finns förbättringsmöjligheter avseende medarbetarnas kännedom och att det finns ett intresse hos förvaltningen att arbeta med detta.

Under 2023 ska förvaltningen fortsätta arbeta med att införa vissa delar av ledningssystemet i verksamhetssystemet Stratsys. Vid intervju lyfts det att Stratsys kommer att användas för att på ett mer systematiskt sätt kunna arbeta med kvalitetsarbetet och ledningssystemet.

3.3.1. Processer, riktlinjer och rutiner

I ledningssystemet beskrivs att verksamheterna ska identifiera, beskriva och fastställa processer för att säkerställa verksamhetens kvalitet. Enligt ledningssystemet ska processerna vara synliga och tillgängliga för medarbetarna via kommunens intranät. Från inkommet underlag ser vi att flera rutiner finns på kommunens intranät. Det digitala utbudet på intranätet ska förbättras och utökas för att öka tillgängligheten till samtliga rutiner. Det framgår även av inkomna uppgifter att Stratsys ska kompletteras med en modul för ledningssystemet, med förhoppningen om att detta ska skapa ett bättre flöde och tydligare process med större möjligheter för chefer att utvärdera och lägga in egenkontroller.

Av intervju framgår det att det finns en god kännedom om rutiner hos medarbetarna och att det finns en strävan om enhetlighet mellan hemtjänstgrupperna. Vid intervju uppges att hemtjänsten har både centrala och arbetsplatsspecifika rutiner. De centrala rutinerna ska finnas digitalt, men de arbetsplatsspecifika finns främst fysiskt ute på de olika enheterna. Fysiska rutiner är främst specifika rutiner som

endast avser en enhet, till exempel gällande informationshanteringen mellan dag- och nattpersonal. Några av de centrala rutinerna som finns är:

- ▶ Riktlinjer - insatser inom äldreomsorgen
- ▶ Rutin - Trygghetslarm ordinärt boende
- ▶ Rutin - Osbymodellen, samarbete individ-, grupp- och systemnivå
- ▶ Riktlinje - Social dokumentation
- ▶ Rutin - Kommunikation HSL- SoL

En viktig rutin som lyfts vid intervju är ett flödesschema som personal inom hemtjänsten ska arbeta utifrån. Flödesschemat består av fem delar: aktualisera, utreda, utforma, genomföra uppdrag och följa upp. Respektive del är nedbruten i olika arbetsuppgifter och aktiviteter. De intervjuade uppger att det råder en hög medvetenhet om flödesschemats arbetssätt bland medarbetarna då de uppges vara högst involverade i processen.

Vid intervju framförs det att kontroll avseende följsamheten till rutiner främst sker genom avvikelshantering och intern kontroll. Det framgår att det tidigare inte har genomförts specifika kontroller för att säkerställa att rutiner följs. Under 2022 har en ny rutin avseende avvikelshantering arbetats fram som hanterar frågan om följsamhet av de rutiner som ingår i rutinen¹.

3.3.2. Avvikelsehantering

Den nya rutinen för avvikelshantering beslutades den 10 oktober 2022 och ska enligt uppgift ha börjats arbetas med under 2023. I rutinen anges att allt som inte följer normala rutiner ska ses som en avvikelse. Av ledningssystemet framgår det att en avvikelse är när en verksamhet inte uppnår den kvalitet som finns i lagar, föreskrifter och beslut. När personal inte arbetar efter de processer och rutiner som finns beskrivna i ledningssystemet är även det en avvikelse.

I patientsäkerhetsberättelsen för 2022 står det att personal vid nyanställning får information om rapporteringsskyldigheten och därefter fortlöpande. Rapporteringsskyldigheten avser alla former av avvikelserapportering, Lex Sarah och Lex Maria. Under 2022 anmäldes 1 Lex Maria till IVO, 12 rapporter Lex Sarah varav 3 skickades till IVO och 1 medicinteknisk avvikelse rapporterades till Läkemedelsverket. Ledningssystemet beskriver att alla rapporter enligt Lex Sarah och Lex Maria ska redovisas för nämnden. Av nämndens protokoll framgår det att det vid samtliga ordinarie sammanträden under 2022 och 2023 till och med februari har redovisats rapporter avseende Lex Sarah och Lex Maria.

¹ Rutinen avser rutiner för arbete gällande: riskbedömningar, rapportering av avvikande händelser, rapportering och utredning, rapportering av brister i vårdens övergångar, händelseanalys, egenkontroller, synpunkter och klagomål, patientnämnden, IVO, Lex Maria, Lex Sarah, Lex Maja, riskmatris och utredning av händelser.

Tabell 1. Sammanställning av rapporter från patientsäkerhetsberättelse 2022

Typ av rapport	2019	2020	2021	2022	IVO 2019	IVO 2020	IVO 2021	IVO 2022
Lex Sarah	12	6	8	12	0	0	0	2
Lex Maria	0	0	0	1	0	0	0	1
Anmälan till läkemedels- verket	5	3	3	1				
Summa	17	9	11	14	0	0	0	3

I rutinen för avvikelshantering framgår det att samtliga inkomna synpunkter och klagomål avseende verksamheternas kvalitet ska utredas av den som driver verksamheten. En sådan utredning ska leda till ett ställningstagande till om det förekommit en avvikelse i verksamheten. Utöver rutinen för avvikelshantering finns det även en rutin för synpunkts- och klagomålshantering från 2022. I rutinen beskrivs vilka steg som ska tas, vem som är ansvarig och tillhörande aktivitet. Av patientsäkerhetsberättelsen för 2022 framgår det att det under året inkom 13 synpunkter till förvaltningen gällande hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Enligt uppgift redovisas inte enskilda synpunkter och klagomål till nämnden, de tar del av en sammanställning av antalet i samband med patientsäkerhetsberättelsen. Presidiet får information om det är ett klagomål av särskild dignitet.

3.3.3. Intern kontroll

Enligt kommunfullmäktigs beslutade riktlinje för intern kontroll ska internkontrollplan årligen antas av respektive nämnd². I nämndens internkontrollplan 2022 ingick ett kontrollmoment som avsåg kontroll av mätbara mål i genomförandeplaner. Av uppföljningen framgår det att kontrollmomentet inte genomfördes då handläggares beslut inom hemtjänsten inte gick att granska eftersom införandet av IBIC-modulen i verksamhetssystemet var försenat. Av intervju framkom att det efter dialog med leverantören under 2022 har beslutats att en förbättring av IBIC-modulen behövdes. Förbättringen av IBIC-modulen har påbörjats först nu under 2023, kontrollmomentet ska därav följas upp under 2023.

Internkontrollplan 2023 omfattar fem risker som ska hanteras under året:

- ▶ HSL-dokumentation
- ▶ Social dokumentation
- ▶ Genomförandeplan SoL

² Beslutad av Kommunfullmäktige Osby kommun, 2021-05-03 § 53

- ▶ Avvikelsehantering
- ▶ Trygghetslarm

Samtliga av riskerna har tillhörande kontrollmoment och metod, för fyra av riskerna framgår det också vem som är kontrollansvarig.

Det uppges vid intervju att nämnden inte är delaktig i identifiering och bedömning av risker eller framtagandet av kontroller till internkontrollplan. Nämnden tar endast del av ett förslag som de beslutar om. I kommunfullmäktiges riktlinje för intern kontroll framgår det att rapportering av intern kontroll till nämnd ska ske för halvår i augusti och för helår i december. För 2022 tog nämnden del av delårsrapportering av intern kontroll vid ett extrainsatt sammanträde 2022-09-28, och helårsrapportering vid sammanträdet 2022-12-22.

3.3.4. Egenkontroller

I ledningssystemet beskrivs att syftet med egenkontroller är att verksamheterna på ett systematiskt sätt ska följa upp och utvärdera verksamhetens resultat. Egenkontrollerna innebär också en kontroll av att verksamheten bedrivs enligt processer och rutiner beskrivna i ledningssystemet. En rutin som omfattar en egenkontroll avser matdistribution till ordinärt boende. I egenkontrollplanen framgår det att en egenkontroll ska genomföras en gång i veckan i form av temperaturkontroller och omfattar både mottagnings- och utlämningskontroll. Egenkontroller som framgår av ledningssystemet är Öppna jämförelser, Kommunens kvalitet i korthet, målgruppsundersökningar samt checklistor till personal som är knutna till verksamhetens kvalitet. För hemtjänst finns checklistor avseende egenkontroll av trygghetslarm och när de ligger nere, egenkontroll av hygienrutiner och prioriteringschecklista vid extraordinära händelser.

Av patientsäkerhetsberättelsen 2022 framgår vilka egenkontroller som har genomförts under året. Sammantaget är det nio typer av egenkontroller som har genomförts vilka avser bland annat hygienronder, vårdrelaterade infektioner och kvalitetssäkring avseende läkemedelshantering.

I rutinen för avvikelsehantering framgår en årsplanering av egenkontroller som förvaltningen framöver ska arbeta efter. I januari-februari ska förvaltningschef, områdeschef och MAS gå igenom mål och handlingsplaner i verksamhetsplanen samt ta fram uppföljningspunkter och mätetal för året. Egenkontroller ska genomföras enligt fastställd plan i mars-november. Färdigställd rapport ska sedan skickas till berörd chef för analys. Ansvarig chef ska redovisa resultatet för egenkontrollerna med en bifogad handlingsplan för ledningsgruppen. Uppföljning av utförda egenkontroller ska också framöver rapporteras för var verksamhet i del- och helårsbokslut. Om en egenkontroll påvisar övergripande utvecklingsområden involveras MAS. Vid intervju framgår det att nämnden ännu inte tagit del av arbetet med egenkontroller.

Årsplaneringen som finns i avvikelsehanteringsrutinen har inte följts under 2023. Enligt uppgift beror det på att den nyutträdde MAS:en (medicinskt ansvarig sjuksköterska) under januari-februari, tillsammans med förvaltningschef och

områdeschefer, har behövt koncentrera sig på att förankra rutinen hos enhetscheferna och vilken arbetsinsats det kommer att innebära för dem. Det framkommer av intervju att egenkontroller för 2023 inte är beslutade om än. Tanken är att de ska ta fram en årsplanering för egenkontroller under våren. Enligt uppgift har förvaltningen inte kommit så långt i arbetet med handlingsplaner utifrån verksamhetsplanen. Fokus är för tillfället på de förbättringsområden som lyfts i patientsäkerhetsberättelsen och målen i nämndplanen.

Under 2022 har fokus varit att lära personalen att använda det nya systemet Treserva. Det framkommer att det var en svår och lång upphandling med leverantören av det nya systemet vilket sägs ha bidragit till en långsam övergång. Det framgår att personalen har fått utbildning avseende avvikelserregistrering i det nya systemet. Det nya systemet tillåter analyser på gruppnivå vilket uppfattas som positivt för det fortsatta kvalitetsarbetet.

Som en del av kvalitetsarbetet deltar kommunen i Socialstyrelsens brukarundersökning. Senaste tillfället som de deltog vid var 2020³ och förvaltningen tog under 2021 fram en handlingsplan baserad på resultatet. I handlingsplanen finns tre identifierade förbättringsområden: synpunkter och klagomål, påverka tider för hjälp samt informera om tillfälliga förändringar. Svarsfrekvensen för undersökningen var 59,5 %. I sammanställningen för hemtjänsten framgår det att 94 % uppgav att personalen utför sina uppgifter bra och 93 % svarade att personalen kommer på avtalad tid. I handlingsplanen framgår det vem som är ansvarig för var åtgärd och datum för uppföljning. Samtliga åtgärder har 2021-09-30 som uppföljningsdatum. Enligt uppgift ska dock uppföljning av handlingsplanen först ske i samband med att nästa års brukarundersökning presenteras. Anledningen sägs vara att det anses vara först då som det går att se om insatserna har gett resultat.

3.3.5. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

Vid intervju framkommer det att det alltid sker en återkoppling till personal avseende vidtagna åtgärder vid avvikelser. Främst är det berörd personal, men bedöms det nödvändigt blir fler grupper informerade. Det framkommer också att enhetscheferna för samtal med sin personal om fördelar och nackdelar med deras arbetssätt. Om en hemtjänstgrupp har identifierat ett välfungerande arbetssätt som kan vara användbart för andra grupper kan det implementeras även där. Det sker även ett teamarbete mellan hemtjänsten och hemsjukvården där olika exempel diskuteras, hur avvikelser har hanterats och lärande exempel på bra eller mindre bra åtgärder.

I de fall som nämnden har fattat beslut som innebär organisatoriska eller verksamhetsmässiga förändringar genomförs det riskanalyser och då är medarbetarna delaktiga i att ta fram handlingsplaner.

³ Det gjordes ingen brukarundersökning 2021, och kommunen deltog inte under 2022, men under 2023 ska kommunen delta i Socialstyrelsens brukarundersökning.

Enligt uppgift träffar förvaltningschefen alla enhetschefer en gång i månaden. Vid dessa möten har MAS alltid en stående punkt på dagordningen där diskussion om förändringar av riktlinjer och rutiner ingår. Även områdescheferna i sällskap av MAS, har regelbundna möten områdesvis.

Förvaltningen har löpande utbildningsinsatser avseende specifika områden. Det finns även en del webbutbildningar inom vissa områden som personalen kan ta del av. Utöver detta samordnas även riktade utbildningar för de olika specialiserade hemtjänstgrupperna vid behov.

3.3.6. Nämndens uppföljning och kontroll

Avseende utredning av avvikelser beskrivs det i ledningssystemet att en sammanställning av det systematiska kvalitetsarbetet samt tillhörande analys ska göras årsvis och rapporteras till ansvarig nämnd. Utifrån inkommet underlag framgår det att den främsta uppföljningen av avvikelser framgår av patientsäkerhetsberättelsen. Intervjuade uppger att förvaltningen endast tar fram en patientsäkerhetsberättelse och inte en kvalitetsberättelse. Det framförs att förvaltningen ansett att deras patientsäkerhetsberättelse är mer omfattande än vad som krävs och därmed också motsvarar en kvalitetsberättelse. En separat kvalitetsberättelse har därför inte bedömts nödvändig. Dock framkom det att det har beslutats om att det framöver ska tas fram en separat kvalitetsberättelse.

Vid intervju framkommer det att uppföljning av målen inom verksamheterna också sker genom dialog och medarbetarsamtal mellan områdeschefer och enhetschefer. Det uppges även att förvaltningen främst säkerställer en god måluppfyllelse genom intern kontroll och egenkontroller, varpå genomförandepplaner som ingår i den interna kontrollen lyfts som ett exempel.

I patientsäkerhetsberättelse för 2022 beskrivs olika förbättringsförslag för 2023. Förbättringsförslagen innefattar bland annat utveckling av det preventiva arbetssättet, bättre uppföljning av fall och fallolyckor, öka validerad smärtskattning och att dokumenterade munhälsobedömning görs. Utöver förbättringsförslagen finns det också ett avsnitt avseende mål och strategier för det kommande året. Här framgår det bland annat en fortsatt implementering av rutinen för avvikelshantering och att kvalitet- och ledningssystemet ska implementeras i kommunens verksamhetssystem Stratsys.

Det framgår av intervju att nämnden får återrapportering avseende kvalitetsarbetet i enlighet med årshjulet. Den huvudsakliga uppföljningen sker via patientsäkerhetsberättelsen, delårsrapporten och årsbokslutet samt respektive enhets uppföljning som sker löpande under året. Som tidigare nämnt kan vi inte verifiera detta utifrån protokollsgranskning för perioden januari 2022 - februari 2023, förutom uppföljningen avseende uppföljning av förebyggande hembesök 2021. Enligt uppgift deltar alltid områdeschefer, MAS och ekonomer på nämndsammanträdena för att kunna svara på nämndens eventuella frågor.

I den nya rutinen för avvikelshantering framgår det hur förvaltningen framöver ska arbeta med verksamhetsuppföljning. Sammantaget ska sex planerade uppföljningar ske under året: mars, april, maj, september, oktober och november. Under januari-februari skickar MAS ut mall för uppföljningar. Berörda verksamheter utför verksamhetsuppföljningen och MAS upprättar en rapport med en sammantagen bedömning med förbättringsförslag. Samtliga enhetschefer ska sedan upprätta en handlings- och tidsplan utifrån de inkomna förbättringsförslagen och rapportera till ansvarig områdeschef. En sammanställning av verksamhetsuppföljningarna ska redovisas för hälsa- och omsorgsnämnden en gång per år.

3.3.7. Bedömning

Vi bedömer att nämnden har tillsett att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd. Dock visar granskningen att det ledningssystemet inte är förankrat i verksamheten, vilket vi bedömer vara en brist. Vi kan vid granskningstillfället konstatera att det uppges finnas planerade åtgärder för att förankra ledningssystemet i verksamheten vilket vi ser som positivt.

Gällande personalens medverkan i kvalitetsarbetet inom hemtjänsten kan vi konstatera att den främst sker genom avvikelshantering. Personalen ska följa de rutiner/planer som finns och vid avvikelser rapportera det i enlighet med rutinen eller föra dokumentation kring avvikelser gällande brukarnas insatser. På så sätt ska personalen bidra till att förbättra befintliga rutiner eller identifiera behovet av nya.

Vi bedömer att nämnden inte fullt ut säkerställt en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet. Att det inom ramen för intern kontroll genomförs kontroller av efterlevnaden bedöms vara positivt. Vidare anser vi att rutinen gällande avvikelshantering kan bidra till ett förbättrat egenkontrollarbete än vad som tidigare har skett. Ett utvecklingsområde skulle kunna vara att grunda valet av egenkontroller på en riskanalys i likhet med hur valet av kontrollmoment inom ramen för internkontroll ska göras. Att genomföra och dokumentera en riskanalys som på ett tydligt sätt visar att valet av egenkontroller som ska genomföras under året är de mest väsentliga att fokusera på vore ett ändamålsenligt sätt att utveckla det systematiska kvalitetsarbetet på. Detta är av än större vikt i organisationer eller i verksamheter som upplever sig ha resursbrist i form av personal eller i tid. Personalen inom hemtjänsten skulle med fördel kunna involveras i riskanalysarbetet för att göra dem än mer delaktiga i kvalitetsarbetet.

Vidare grundas bedömningen på att det finns en patientsäkerhetsberättelse som innehåller de delar den ska i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Dock bedömer vi det som en brist att det inte har upprättats en kvalitetsberättelse, och vi delar inte uppfattningen att patientsäkerhetsberättelsen fullt ut täcker in dessa delar. En kvalitetsberättelse ska årligen tas fram enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Avsaknaden av en innebär att kvalitetsarbetet inte har följts upp fullt ut då det saknas en sammanställning om hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens



kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet och vilka resultat som har uppnåtts.

4. Sammanfattande bedömning

Vår sammanfattande bedömning är att hälsa- och omsorgsnämnden delvis har säkerställt ett ändamålsenligt arbete med att säkra och utveckla kvalitén inom hemtjänsten. Bedömningen grundas på att det finns ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete men som inte är förankrat i verksamheten. Därutöver har nämnden inte säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av kvalitén inom hemtjänsten.

Vi bedömer att nämnden har fastställt mål för hemtjänstverksamheten som kan fungera som styrande för verksamheten. Dock kan vi konstatera att det inte är ett krav att verksamheterna bryter nämndens mål. Verksamheterna kan istället välja att formulera mål efter verksamheternas egna utmaningar utan koppling till nämndens mål. I praktiken innebär detta att nämndens mål inte är särskilt styrande. Målen fungerar mer som en uppföljning av verksamhetens kvalitet, vilket vi ställer oss frågande till om det är nämndens intention med målet. Vad gäller fast omsorgskontakt är det vår bedömning att nämnden vid granskningens tidpunkt vidtagit och planerat lämpliga åtgärder i väntan på vidare vägledning från Socialstyrelsen innan ytterligare åtgärder vidtas.

Vi ser en risk i att nämnden inte fullt ut säkerställt personalens medverkan i kvalitetsarbetet men ser det som positivt att det vid granskningstillfället uppgavs finnas planerade åtgärder för att förankra ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete i verksamheten. Inom ramen för intern kontroll genomförs kontroller av efterlevnaden av rutiner och rutinen gällande avvikelshantering kan bidra till ett förbättrat egenkontrollarbete framöver. Ett utvecklingsområde skulle kunna vara att grunda valet av egenkontroller på en riskanalys i likhet med hur valet av kontrollmoment inom ramen för internkontroll ska göras. Personalen inom hemtjänsten skulle med fördel kunna involveras i riskanalysarbetet för att göra dem än mer delaktiga i kvalitetsarbetet.

Slutligen bedömer vi det vara en brist att det inte har upprättats en separat kvalitetsberättelse, utöver patientsäkerhetsberättelsen, vilket innebär att kvalitetsarbetet inte fullt ut följs upp.

Revisionsfråga	Svar
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Har nämnden fastställt mål för hemtjänstverksamheten? 	Ja, nämnden har fastställt mål för hemtjänstverksamheten som kan fungera som styrande.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Har nämnden implementerat och säkerställt efterlevnaden av den nya bestämmelsen avseende fast omsorgskontakt? 	Ja, nämnden har vidtagit åtgärder och planerat åtgärder som bidrar till en enklare implementering av bestämmelsen i väntan på vidare vägledning från Socialstyrelsen.

<p>▶ Finns ett dokumenterat ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet?</p>	<p>Ja, nämnden har tillsett ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med i lag, föreskrifter och allmänna råd men det är inte förankrat i verksamheten.</p>
<p>▶ Har nämnden säkerställt personalens medverkan i kvalitetsarbetet inom hemtjänsten?</p>	<p>Delvis. Gällande personalens medverkan i kvalitetsarbetet inom hemtjänsten kan vi konstatera att den främst sker genom avvikelshanteringen.</p>
<p>▶ Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll av kvalitén inom hemtjänsten?</p>	<p>Nej. Det upprättas en patientsäkerhetsberättelse i enlighet med föreskrifter och allmänna råd. Det saknas dock en kvalitetsberättelse och det sker inte en tillräcklig uppföljning av kvalitén.</p>

Vi rekommenderar hälsa- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Se över syftet med målen som sätts för verksamheten och säkerställ att nämndens syfte uppnås.
- ▶ Följa upp implementeringen av bestämmelsen avseende fast omsorgskontakt.
- ▶ Utveckla arbetet gällande egenkontroller genom att genomföra en riskanalys som ligger till grund för valet av egenkontroller.
- ▶ Säkerställa en tillräcklig uppföljning av verksamhetens kvalitet, bland annat genom att upprätta en kvalitetsberättelse.

Osby 19 april 2023

Negin Nazari
EY

Viktoria Wedbäck Pizevska
EY

5. Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Förvaltningschef hälsa- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- ▶ Områdeschef stöd och omsorg
- ▶ Ordförande hälsa- och omsorgsnämnden
- ▶ Vice ordförande hälsa- och omsorgsnämnden

Analyserade dokument

- ▶ Nämndplan för hälsa- och omsorgsnämnden 2023
- ▶ Budget 2023 - flerårsplan 2024-2025 Osby kommun
- ▶ Hälsa- och omsorgsnämndens årsredovisning/verksamhetsberättelse 2022
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse 2022
- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt verksamhet enligt LSS, 2019-02-04
- ▶ Internkontroll plan för hälsa- och omsorgsnämnden 2023
- ▶ Intern kontroll riktlinjer 2021
- ▶ Hälsa- och omsorgsförvaltningens årshjul 2023
- ▶ Uppföljning intern kontroll för hälsa- och omsorgsnämnden 2022
- ▶ Handlingsplan för hemtjänsten brukarundersökning 2020
- ▶ Flödesschema för bistånd och rehab
- ▶ Presentation till hälsa- och omsorgsnämndens avseende fast omsorgskontakt inom hemtjänsten, 2022-09-02
- ▶ Redovisning av brukarundersökning 2020
- ▶ Mall för dagordning ledningsgruppsmöten Htj/Kt/Th/Mk/Rehabs
- ▶ Rutin och checklista avseende kontaktmannaskap, 2023-02-10
- ▶ Rutin systematiskt kvalitetsarbete och avvikelshantering, 2022-10-10
- ▶ Reglemente för Osby kommuns nämnder mandatperioden 2019-2022
- ▶ Rutin synpunkts- och klagomålshantering, 2022
- ▶ Egenkontrollplan matdistribution ordinärt boende Osby kommun, 2022

6. Revisionskriterium

6.1. Kommunallagen (2017:725)

Det är enligt 6 kap. 1 § styrelsens uppgift att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnder. Kommunstyrelsen ska, enligt 6 kap. 2 §, uppmärksamt följa de frågor som kan inverka på kommunens utveckling och ekonomiska ställning.

Kommunallagens 6 kap 6 § anger att nämnderna inom sitt ansvarsområde ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med Kommunfullmäktiges mål och riktlinjer, samt i enlighet med lagar och författningar som gäller för verksamheten.

6.2. Socialtjänstlagen (2001:453)

Av socialtjänstlagens 3 kap. 3 § framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Kvalitén i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Den 1 juli 2022 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen (2001:453), SOL, med krav på att den som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövt. Från och med den 1 juni 2023 får endast det som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska utses till fast omsorgskontakt.

Enligt 4 kap. 2 b § SoL ska den som har hemtjänst med stöd av 1 eller 2 a § erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövt. Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning när hemtjänstinsatsen verkställs.

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

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska den som bedriver socialtjänst ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra kvalitet och det ska framgå vilka processer som kräver samverkan och hur detta ska ske. Föreskrifterna anger också att ett systematiskt förbättringsarbete med riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser ska säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt. Kvalitetsarbetet ska dokumenteras och bör sammanställas i en årlig kvalitetsberättelse. Kvalitetsberättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur

arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitén har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

6.4. Hälsa- och omsorgsnämndens reglemente

Hälsa- och omsorgsnämndens reglemente, antaget av kommunfullmäktige 2018 med ändring 201, anger att nämnden bedriver kommunens uppgifter inom socialtjänstlagen (2001:453) och annan lag eller författning inom området äldreomsorg och socialpsykiatri för vuxna över 18 år, hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som annan lag eller författning inom området i kommunens särskilda boenden, personer med funktionsvariationer samt för personer som bor i ordinärt boende, s.k. hemsjukvård, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade som annan lag eller författning inom området och lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.