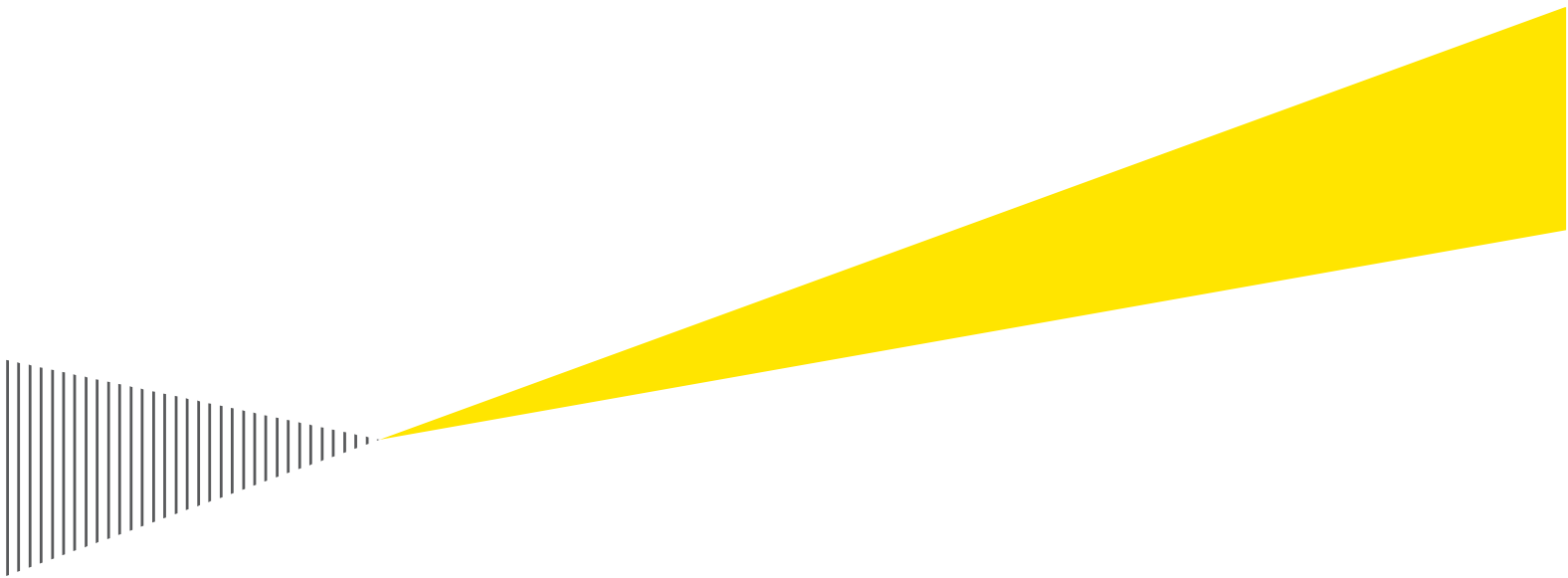


Lunds kommun

Granskning av det systematiska
kvalitetsarbetet inom hemvården



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor	3
2.3. Genomförande och avgränsning	4
2.4. Revisionskriterier.....	4
3. Iakttagelser	6
3.1. Hemvården i Lunds kommun.....	6
3.2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	9
3.3. Systematiskt förbättringsarbete	11
3.4. Förbättrande åtgärder i verksamheterna	17
3.5. Brukarnas delaktighet och inflytande	22
3.6. Återrapportering till nämnden	25
4. Sammanfattande bedömning och rekommendationer	26
Bilaga 1: Källförteckning	28
Bilaga 2. Resultat brukarundersökning	29
Bilaga 3. Mål 2021.....	31

1. Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna har EY genomfört en granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom hemvården. Granskningen genomfördes med hjälp av en enkät samt genom intervjuer och dokumentstudier. Enkätundersökningen har skickat ut till samtliga tillsvidareanställda undersköterskor och vårdbiträden inom hemvården.

Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden till stor del har säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen, med fokus på hemvård. Bedömningen görs mot bakgrund av att det finns ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd. Vi bedömer även att ansvaret för kvalitetsarbetet är tydligt definierat genom ledningssystemets bilaga över ansvar och befogenheter.

Däremot bedömer vi att nämnden behöver utveckla det systematiska förbättringsarbetet. Det är positivt att det genom flera processer på olika nivåer identifieras behov av förbättringsåtgärder. Vi bedömer dock att det behöver tydliggöras hur identifierade behov av åtgärder ska genomföras. Både vad gäller vilka åtgärder som ska prioriteras, vilka (verksamhet/enhet) som omfattas av behovet och vem som är ansvarig för att det genomförs. I detta ingår även hur resultat av genomförda förbättringsåtgärder ska följas upp och dokumenteras.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Säkerställa att samtliga hemvårdsenheters verksamhetsplaner utgår från övergripande målsättningar som bryts ner för den egna verksamheten.
- ▶ Tillsäkra att medarbetare har tillräcklig kompetens kring avvikelshantering
- ▶ Säkerställa att genomförandeplaner upprättas och följs upp kontinuerligt i samtliga ärenden.
- ▶ Tydliggöra vilka som omfattas av behovet av förbättrande åtgärder (verksamhet/enhet) samt vem som är ansvarig för att genomföra och följa upp vidtagna åtgärder.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Hemtjänsten 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 främst vara 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 sina hem livet ut, ofta med stort behov av stöd från hemtjänsten.

Enligt socialtjänstlagen ska kommunen verka för att äldre människor får goda bostäder och ska ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår hur kommunen ska arbeta med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheter.

Nationella rapporter visar på särskilda utmaningar för kommunens äldreomsorg och hemtjänst. Av Coronakommissionens delbetänkande "Äldreomsorgen under pandemin" framgår att äldreomsorgen stod oförberedd och illa rustad att hantera en pandemi och att detta bottnade i strukturella brister som varit kända före virusutbrottet. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) framhåller i "Lägesrapport 2020 för Vård och omsorg om äldre" att arbetsvillkoren i hemtjänsten har betydelse för att kunna möta de framtida behoven av hemtjänst. Detta gäller både förutsättningarna för att kunna rekrytera och behålla utbildad personal samt säkerställa att äldre har en värdig ålderdom och kvalitet i omsorgen.

En viktig del i att följa upp och utveckla kvalitet är att beakta vad brukare och anhöriga anser om den hjälp och service de får. År 2020 uppgav 90 procent av svarande att de var mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten i Lunds kommun. Resultatet placerar kommunen i mitten vid jämförelse med landets övriga kommuner.

Mot bakgrund av ovanstående har de förtroendevalda revisorerna beslutat att genomföra en granskning av kvalitetsarbetet inom hemtjänst för äldre. Kommunen använder begreppet hemvård istället för hemtjänst. I rapporten används därför fortsättningsvis hemvård.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen har syftat att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen, med fokus på hemvård.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Finns det ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?
 - Är ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete känt i hemvårdens alla verksamheter?
 - Är ansvar för kvalitetsarbetet tydligt definierat?
 - Är centrala arbetsprocesser och rutiner identifierade, dokumenterade och fastställda?
- ▶ Bedriver nämnden ett systematiskt förbättringsarbete inom hemvården?
- ▶ Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder för att säkerställa kvalitet inom hemvården?
 - Vilka åtgärder har vidtagits i syfte att hindra/minska smittspridning till följd av Coronapandemin?

- ▶ Säkerställer nämnden brukarnas delaktighet och inflytande?
- ▶ Säkerställer nämnden personalens medverkan i kvalitetsarbetet?
- ▶ Tillser nämnden en tillräcklig uppföljning och kontroll av kvalitet inom verksamheten?

2.3. Genomförande och avgränsning

Granskningen är genomförd under perioden juni-december 2021 och avser vård- och omsorgsnämnden.

Granskningen har skett genom en enkätundersökning, dokumentstudier, nyckeltalsanalys och intervjuer med nämndens presidium, förvaltningsdirektör, medicinskt ansvarig sjuksköterska, kvalitetschef och urval av ansvariga chefer i verksamheten. Samtliga dokument och intervjuade funktioner framgår av källförteckning i bilaga 1. Nyckeltalsanalysen utgår från resultatet av Socialstyrelsens brukarundersökning under år 2017–2020.

Enkätundersökningen har skickat ut till samtliga tillsvidareanställda undersköterskor och vårdbiträden inom hemvården. Sammanlagt fick 719 personer enkäten och 163 personer svarade vilket innebär en svarsfrekvens på 23 procent. Enkäten skickades ut 22 juni och påminnelse skickades ut vid fyra tillfällen¹. Innan enkäten skickades ut informerade verksamhetschefen för hemvård, rehabilitering och service för seniorer enhetscheferna om att uppmuntra medarbetare att besvara enkäten.

71 procent av de svarande arbetar som undersköterskor och 20 procent som vårdbiträden. I enkäten utgjordes en av frågorna av hur länge personen har arbetat inom hemvården i kommunen. Svaren visar på att det finns en relativt jämn spridning i resultatet, 18 procent har arbetat 0-2 år, 45 procent 3-9 år och 37 procent 10 år eller längre. Mot bakgrund av svarsfrekvensen redovisas resultatet på en övergripande nivå och inte nedbrutet på yrkeskategori. Resultatet kan inte anses representativt för målgruppen på grund av den låga svarsfrekvensen.

Rapporten inleds med ett avsnitt som beskriver hemvården i kommunen utifrån nyckeltalsanalyser och statistik från förvaltningen. Därefter redovisas iakttagelser för revisionsfrågorna. Det framgår bedömning efter respektive avsnitt i rapporten. Rapporten avslutas med en sammanfattande bedömning, svar på revisionsfrågor samt rekommendationer för det fortsatta förbättringsarbetet. Kapitelindelningen tar till stor del sin utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter om det systematiska kvalitetsarbetet.

2.4. Revisionskriterier

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av nedanstående.

Kommunallagen (2017:725)

Nämnderna ska enligt 6 kap. 6 § var och en inom sitt område 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.

Socialtjänstlagen (2001:453)

Av socialtjänstlagens fjärde kapitel framgår att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden, för sin

¹ 1 juli, 2 juli, 12 juli och 19 juli.

försörjning och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv.

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

Den som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Den som bedriver socialtjänst ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Det ska fortlöpande göras bedömningar om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen kan innefatta:

- ▶ Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister
- ▶ Jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter
- ▶ Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat
- ▶ Målgruppsundersökningar
- ▶ Granskning av journaler, akter och annan dokumentation
- ▶ Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet
- ▶ Analys av uppgifter från patientnämnder
- ▶ Inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter

Med utgångspunkt i iakttagelser från riskanalyser, egenkontroller och avvikelser ska det vid behov vidtas förbättrande åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet.

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Det bör upprättas en årlig sammanhållen kvalitetsberättelse.

Reglemente för vård- och omsorgsnämnden i Lund²

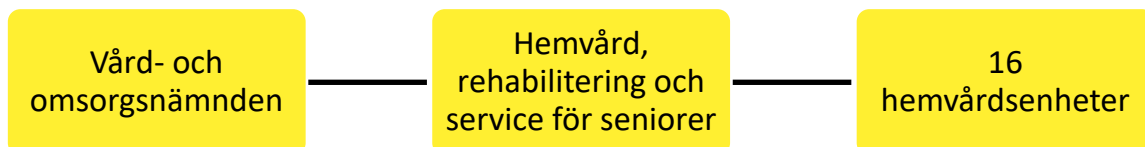
Enligt reglemente ska nämnden fullgöra kommunens uppgifter såvitt avser äldreomsorg och personer med funktionsnedsättning. Nämnden ansvarar bland annat för boende, service och vård i enlighet med socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

² KF 2021-06-22

3. Iakttagelser

3.1. Hemvården i Lunds kommun

Hemvården i Lunds kommun ingår i verksamhetsområdet för hemvård, rehabilitering och service för seniorer (HRSS).



I verksamhetsområdet HRSS ingår även korttids- och växelvård, dagverksamhet, vård- och omsorgsjour, seniorverksamhet, restauranger, anhörigcenter och volontärverksamhet.

Kommunen har 16 hemvårdsenheter. Därutöver finns det fyra privata utförare. Kommunen handlägger samtliga ansökningar om hemvård. Den enskilde kan därefter välja vilken utförare som ska utföra insatsen. Under 2020 utfördes cirka 975 000 hemtjänsttimmar³.

Sedan 2019 är hälso- och sjukvårdspersonalen (sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter) organiserade inom fem hälso- och sjukvårdsenheter (HSL-enheter) med var sin enhetschef. Den legitimerade personalen är utplacerad på de 16 hemvårdsenheterna. Intervjuade enhetschefer uttrycker att det stärker samarbetet mellan HSL-personalen och omsorgspersonalen när samtliga utgår från den aktuella hemvårdsenheten. Enhetscheferna inom HSL ingår i en ledningsgrupp tillsammans med verksamhetschefen för HRSS, medicinskt ansvarig sjuksköterska och demenssjuksköterska.

Antal medarbetare per hemvårdsenhet varierar mellan 32 och 65 medarbetare.

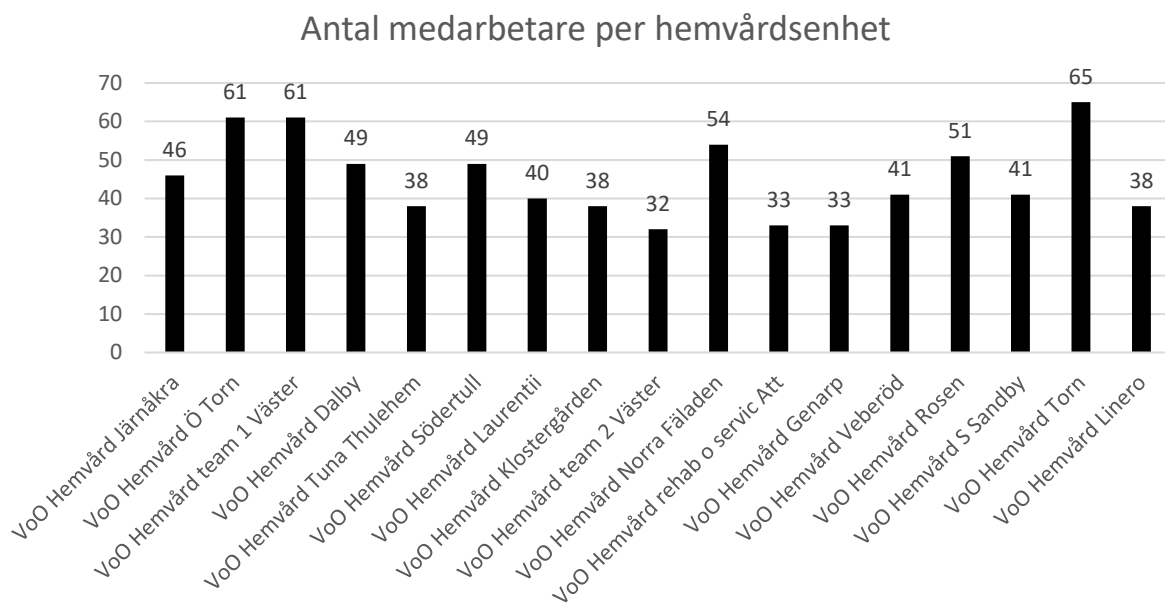


Diagram 1 Statistik från omsorgsförvaltningen per augusti 2021

³ Källa: årsanalys vård- och omsorgsnämnden 2020

Under 2020 fanns det 1 192 anställda inom HRSS. Fördelningen mellan tillsvidareanställningar och visstidsanställningar framgår av nedan diagram.

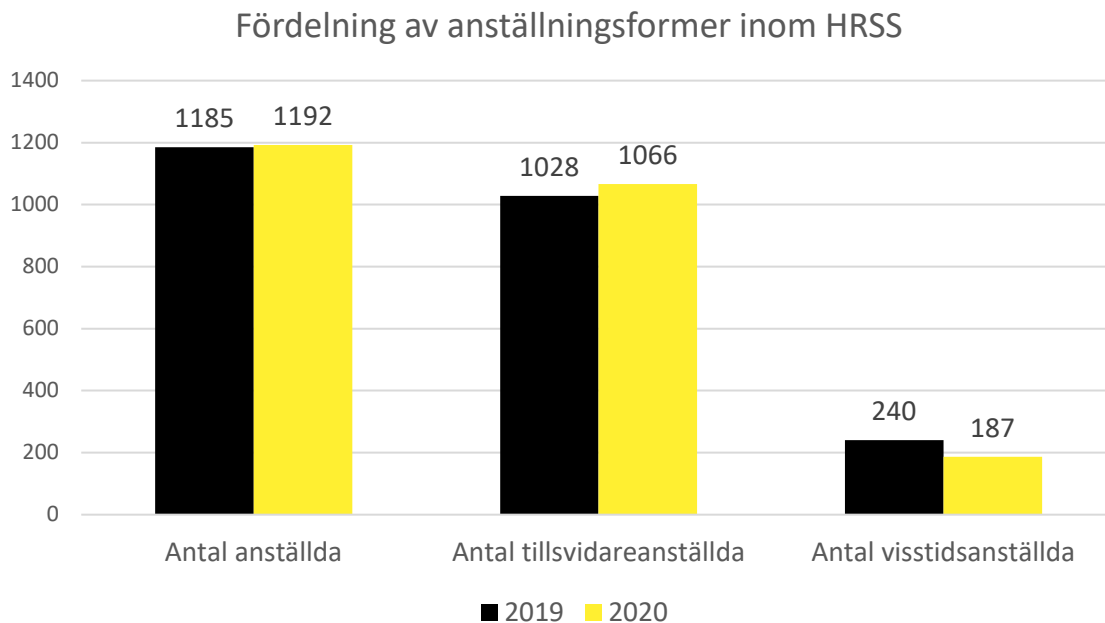


Diagram 2 Statistik från vård- och omsorgsförvaltningen

2020 var 89,4 procent av personalen inom HRSS tillsvidareanställda, vilket är en ökning med 2,7 procentenheter i förhållande till föregående år.

3.1.1. Kvalitet i hemtjänsten

Den nationella brukarundersökningen inom hemtjänst innefattar sammanlagt 21 påståenden/frågor. Resultatet redovisas utifrån andel svaranden som uppgett att de är mycket eller ganska nöjda på respektive fråga.

I nedanstående diagram framgår resultatet av brukarundersökningen för Lunds kommun. Lunds kommuns resultat är färglagt beroende på hur kommunens resultat förhåller sig till övriga kommuner i Sverige.

- ▶ Grönt indikerar att kommunen tillhör de 25% kommuner med bäst resultat
- ▶ Gult indikerar att kommunen tillhör de 50 % mittersta kommunerna
- ▶ Rött indikerar att kommunen tillhör de 25% kommuner med sämst resultat

Kommunens resultat i förhållande till övriga kommuner ser ut enligt följande för de senaste fyra åren.

Resultat i brukarundersökning

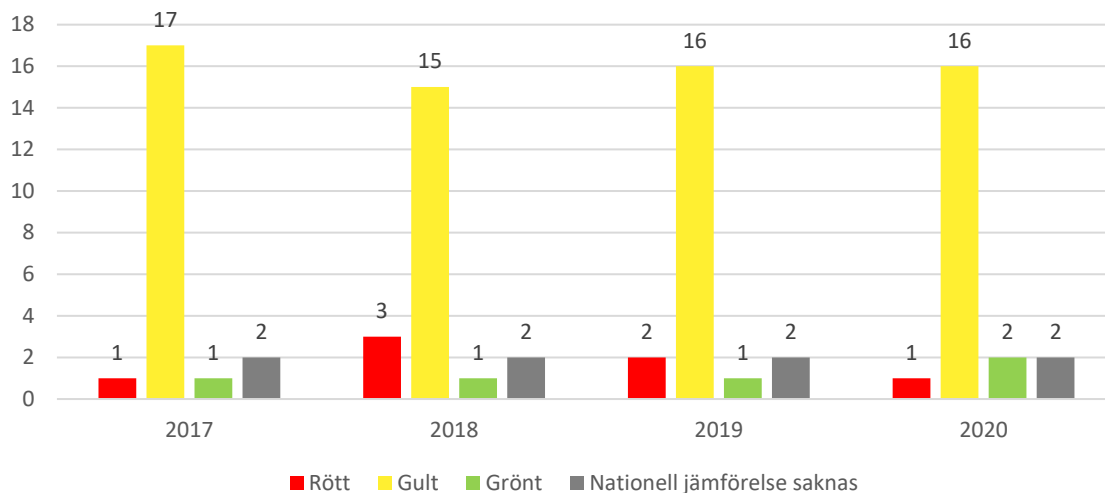


Diagram 3 Resultat av Socialstyrelsens brukarundersökning

Diagrammet visar att kommunens resultat har legat relativt stabilt över de fyra åren. Sammantaget hade kommunens resultat för 2020 förbättrats i 15 av 21 nyckeltal kopplat till brukarundersökningen i förhållande till 2019. I två fall hade resultatet försämrats en procentenhet (nyckeltal avseende ensamhet och möjlighet att välja utförare).

Fem av frågorna har analyserats i förhållande till genomsnittet för kommuner med liknande äldreomsorg samt större städer:

- ▶ Brukar personalen bemöta dig på ett bra sätt?
- ▶ Känner du förtroende för personalen som kommer hem till dig?
- ▶ Hur tycker du att personalen utför sina arbetsuppgifter?
- ▶ Är handläggarens beslut anpassat efter dina behov?
- ▶ Hur tryggt eller otryggt känns det att bo hemma med stöd från hemtjänsten?

Nyckeltalsanalysen visar att kommunen har gjort en viss förflyttning från tidigare år och befinner sig bland de 50 procent mittersta kommunerna och i ett fall bland de 25 procent bästa kommunerna. Kommunens resultat är i nivå med, eller bättre, i jämförelse med liknande och större städer. Kommunen har förbättrat eller bibehållit resultaten för samtliga fem frågor. Se bilaga 2 för en mer detaljerad redovisning av resultatet an nyckeltalsanalysen.

Förvaltningens kvalitetsenhet genomförde en verksamhetsuppföljning av hemvården under 2020 med inriktning på patientsäkerhet. I verksamhetsuppföljningen redovisas nyckeltal för respektive hemvårdsenhet. Indikatorerna visar att:

- ▶ Andelen omsorgspersonal med adekvat utbildningsnivå på enheterna varierar mellan 48 och 90 procent
- ▶ Personalomsättningen för medarbetare varierar mellan 4 och 52 procent
- ▶ Sjukfrånvaron varierar mellan 7,8 och 15,1 procent.

3.2. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vård- och omsorgsnämnden har fastställt ett dokumenterat ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet⁴. Ledningssystemet syftar till att ge en struktur för ledning och styrning för att säkra verksamhetens kvalitet. Enligt intervjuade ska kvalitetsledningssystemet revideras. Planeringen var att detta skulle ske under 2021, men pandemin har försenat arbetet. I revideringen ska det bland annat tydliggöras hur nämnden ska arbeta med framtagande av processer och rutiner.

Nämnden använder verksamhetssystemet Stratsys som stöd för det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamhetssystemet används av samtliga enheter inom hemvården. Arbetet är strukturerat utifrån ett årshjul som beskriver vem som ansvarar för nämndens processer samt när dessa ska genomföras. Processerna utgörs exempelvis av analys av avvikelser, egenkontroller och lokala uppföljningar på enhetsnivå. Respektive enhetschef har möjlighet att lägga till egna moment i årshjulet.

Nämnden har valt att arbeta utifrån ett kvalitetsår som löper från oktober till september. Vid intervju framförs att kvalitetsåret möjliggör för enheterna och förvaltningen att hinna sammanställa analyser av kvalitetsarbetet som därefter kan användas som ett underlag inför verksamhetsberättelse och verksamhetsplan.

Ansvarsfördelningen för det systematiska kvalitetsarbetet framgår av en bilaga till ledningssystemet. I bilagan framgår ansvar och befogenheter för:

- ▶ Vård- och omsorgsdirektör
- ▶ Kvalitetschef
- ▶ Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
- ▶ Myndighetschef
- ▶ Verksamhetschef
- ▶ Enhetschef
- ▶ Systemförvaltare
- ▶ Alla medarbetare

Ledningssystemet beskriver nämndens värdegrund och ledningsmodell samt arbetet med systematisk uppföljning, analys av resultat och avvikelser. Enligt intervjuade är ledningssystemet känt i verksamheten. Vid verksamhetsuppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet framkom att vårdbiträden och undersköterskor inte kände till samtliga begrepp inom arbetet. De kunde dock beskriva arbetet som bedrevs. Som exempel kan nämnas att personalen beskrev hur enheten arbetar med löpande kontroller (egenkontroller) men att specifika begreppet egenkontroller inte användes.

3.2.1. Processer och rutiner

Medarbetare har tillgång till riktlinjer och rutiner via kommunens intranät. Vård- och omsorgsnämnden har dokumenterade rutiner avseende bland annat:

- ▶ Hantering av avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicintekniska produkter
- ▶ Hantering av lex Sarah-ärenden
- ▶ Ta tillvara synpunkter och klagomål
- ▶ SoL- och LSS-avvikelser – rutin för ansvarsfördelning och hantering

De tre översta rutinerna utgår från en gemensam mall och innehåller en beskrivning över hur ansvaret för rutinens innehåll fördelas mellan olika funktioner. Rutinen för hantering av lex Sarah-ärenden beskriver exempelvis ansvarsfördelningen mellan rapportören, sjuksköterska,

⁴ Vård- och omsorgsnämnden 2019-03-13

enhetschef, verksamhetschef, utredare, registrator och kvalitetsstrateg. Rutinen för SoL- och LSS-avvikelser innehåller inte en motsvarande beskrivning av ansvarsfördelningen som de tre översta rutinerna. Vid sakgranskning framkommer att det sedan början av 2020 pågår ett förbättringsarbete avseende avvikelseprocessen och att revidering av rutinen för SoL- och LSS-avvikelser utgör en del av arbetet. Rutinerna är fastställda av förvaltningsdirektör respektive myndighetschef. Det framgår när rutinerna är beslutade. I granskningens enkätundersökning avsåg en av frågorna av om medarbetarna känner till hur avvikelser ska rapporteras. Resultatet av enkätundersökningen framgår i avsnitt 3.3.3.

Nämnden har fastställt riktlinje för insatser enligt socialtjänstlagen⁵. Riktlinjen syftar till att alla som ansöker om insatser enligt socialtjänstlagen ska ges en likvärdig bedömning och genomförande. Riktlinjen beskriver exempelvis genomförandeprocessen, hur tillfällig behovsförändring ska hanteras samt olika former av insatser.

Innehållet i riktlinjerna konkretiseras i förvaltningens dokumenterade arbetsprocesser och rutiner. Intervjuade enhetschefer anser att den beskrivna huvudprocessen är bra och visuell och tydliggör ansvar för olika funktioner. Processen innefattar beskrivning av hemvårdens uppdrag och ansvar när insatser påbörjas, genomförs och följs upp. I granskningens enkätundersökning uppger 83 procent av de svarande att de instämmer helt eller till stor del i påståendet om att det finns tydliga rutiner för hur deras arbete ska utföras. Två procent svarade att de inte alls instämmer i påståendet.

En viktig del i enheternas dagliga arbete är överlämning mellan personal samt dokumentation. Enligt intervjuade börjar samtliga enheter dagen med morgonrapporter, där nattpersonal överlämnar information till dagpersonal. Sjuksköterskor och chef deltar vanligen i dessa möten. Nattpersonal får överrapportering från dagpersonalen via telefon samt anteckningar i verksamhetssystemet.

Förvaltningsledningen har fastställt en planering för vilka rutiner som ska uppmärksammas vid enheternas arbetsplatsträffar. Syftet är att säkerställa att rutiner är aktuella.

3.2.2. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

I ledningssystemet över det systematiska kvalitetsarbetet framgår att alla medarbetare ansvarar för att:

- ▶ Följa ledningssystemets riktlinjer, rutiner och processer
- ▶ Vara delaktiga i att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- ▶ Återkoppla när riktlinjer och rutiner inte fungerar

Vid intervju uppges att medarbetare får information om inkomna avvikelser i samband med den en årlig sammanställning av avvikelser (se avsnitt 3.3.3) samt vid arbetsplatsträffar, teammöten och vårdtagarmöten.

I granskningens enkätundersökning omfattade flera av frågorna personalens medverkan i kvalitetsarbetet. Exempelvis om personen har upprättat någon avvikelse, om det har vidtagits åtgärder utifrån avvikelserna samt om personen känner till målen för verksamheten. Resultatet av enkätundersökningen framgår av avsnitt 3.4.

3.2.3. Bedömning

Vi bedömer att det finns ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd. Vi bedömer att ansvaret

⁵ Vård- och omsorgsnämnden 2019-10-23

för kvalitetsarbetet är tydligt definierat genom ledningssystemets bilaga över ansvar och befogenheter.

Den som bedriver socialtjänst ska bedöma vilka processer och rutiner som behövs för att säkra att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och föreskrifter. Granskningen visar att det finns dokumenterade och fastställda riktlinjer samt arbetsprocesser och rutiner som anger hur verksamheten ska bedrivas. Vi noterar att det finns processer och rutiner som avser såväl det övergripande kvalitetsarbetet som det brukarnära arbetet inom hemvården. Detta bidrar, enligt vår bedömning, till en god grund för att säkra och utveckla kvaliteten i enlighet med Socialstyrelsens intentioner.

Vi ser särskilt positivt på de av nämndens rutiner som innehåller en tydlig beskrivning över hur ansvaret är fördelat mellan olika funktioner. Vi bedömer att ansvarsfördelningen gör rutinernas innehåll mer lättillgängligt och därmed främjar en god kännedom och efterlevnad och vill framhålla vikten av att rutinen avseende SoL- och LSS-avvikelser revideras till att innefatta detta. Förslagsvis inom ramen för det initierade förbättringsarbetet avseende avvikelshantering.

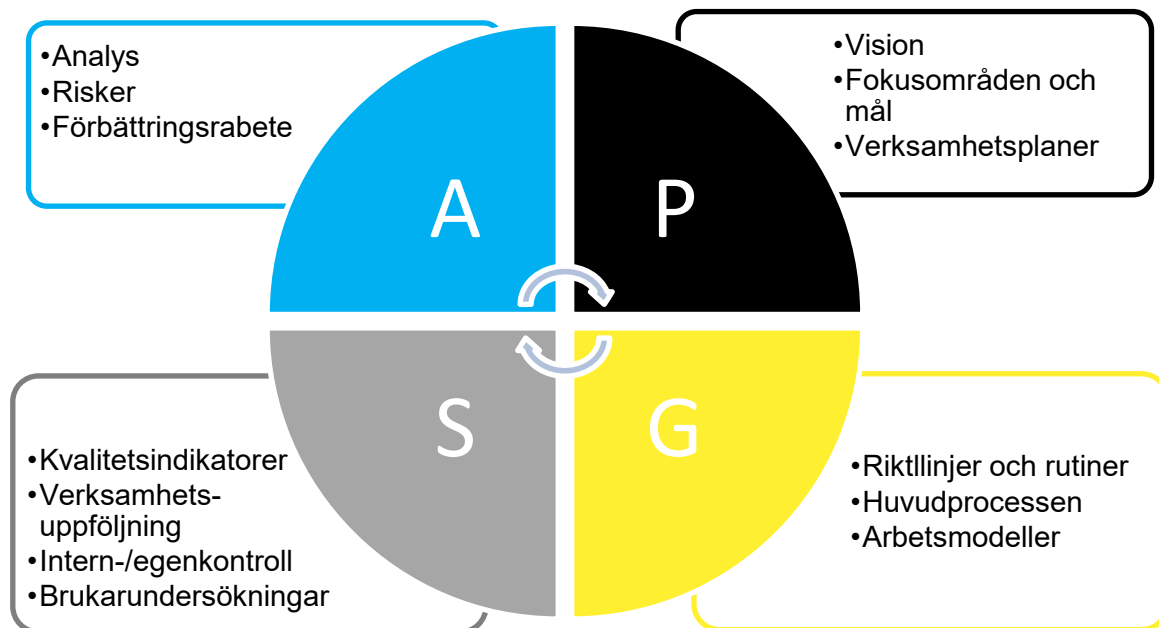
Socialstyrelsens föreskrifter fastställer att den som bedriver socialtjänst ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. Vi bedömer att nämnden säkerställer detta genom tillgängliga rutiner, ett definierat och uttalat ansvar i ledningssystemet samt att rutinerna uppmärksammas vid arbetsplatsträffar. Genomförd enkätundersökning visar även att en hög andel av de svarande upplever att de har kännedom om rutiner för verksamheten.

3.3. Systematiskt förbättringsarbete

Avsnittet om nämndens systematiska förbättringsarbete inleds med en beskrivning över nämndens modell för förbättringsarbetet. Därefter följer iakttagelser utifrån rubrikerna i kapitlet om systematiskt förbättringsarbete i Socialstyrelsens föreskrifter om det systematiska kvalitetsarbetet.

Enligt nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete sker det systematiska förbättringsarbetet utifrån en modell som heter PGSA-hjulet. Modellen beskrivs som "Att vi Planerar arbetet, vi Genomför förändringar, vi Studerar resultatet och vi Agerar för att bli ännu bättre". Av kvalitetsledningssystemet framgår att riskanalyser, egenkontroller och avvikelser ska ge underlag för förbättringsarbetet. Därtill genomförs en systematisk uppföljning av insatsers resultat som används för kvalitetsutveckling på olika nivåer.

I nämndens beskrivning av ledningssystemet återfinns följande illustration av PGSA-hjulet:



Figur 1 Illustration av PGSA-hjulet från vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

Nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete sammanställs i en årlig rapport. Rapporten utgår från rubrikerna planera, genomföra, studera samt agera. Innehållet i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen beskrivs mer ingående i kommande avsnitt.

3.3.1. Riskanalys

Ledningssystemet innehåller ett avsnitt om riskanalys. I avsnittet framgår att risker ska bedömas utifrån sannolikheten för att fel ska uppstå och hur allvarliga konsekvenserna kan bli.

Riskanalyser ska genomföras i samband med framtagandet av intern kontrollplan, identifiering av egenkontroller samt fortlöpande i samband med förändringar i verksamheten. I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2020 framgår att det bland annat har gjorts riskanalyser avseende:

- ▶ Smärtskattning
- ▶ Senior alert⁶
- ▶ Arbete utifrån BPSD-metoden⁷
- ▶ Introduktion för nyanställda

Riskanalyser ska även upprättas när en insats har beviljats och ska inledas inom hemvården. Därefter görs riskanalyser om förutsättningarna förändras, exempelvis om personens tillstånd försämrats. Riskerna bedöms utifrån låg, medel eller hög risk. Intervjuade upplever att mallarna för riskbedömningarna är tydliga och utgår från den enskildes förutsättningar. Enligt uppgift följs riskanalyserna upp vart 6:e månad. Resultatet av dessa riskbedömningar diskuteras vid särskilda vårdtagarträffar där enhetschef, omvårdnadspersonal och legitimerad personal deltar. Vid behov upprättas en handlingsplan med åtgärder där det tydliggörs vilken funktion som ansvarar för vad.

⁶ Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention.

⁷ Metod för omvårdnad av personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens.

3.3.2. Egenkontroll

Nämndens handlingsplan för intern kontroll innehåller ett avsnitt om egenkontroller. Det framgår vilka egenkontroller som gäller på övergripande nivå (se nedan egenkontrollmål) samt att respektive verksamhetsområde beslutar om ytterligare egenkontroller. Resultatet av egenkontrollerna ska redovisas i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen och verksamhetsberättelser.

Nämndens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse innehåller förvaltningsövergripande egenkontrollmål för kommande år. Under 2021 har egenkontrollmålen utgjorts av:

- ▶ Antalet registreringar i BPSD-registret ska vara fler än antalet registrerade personer
- ▶ Minst 75 procent av planerade åtgärder vid konstaterad risk enligt Senior alert ska följas upp inom planerad tid
- ▶ Kvalitetsindikatorn Utförd smärtskattning i Svenska palliativregistret ska ha ett utfallsvärde på 100 procent
- ▶ Två loggkontroller per halvår ska genomföras i Procapita

Respektive enhet har därutöver möjlighet att definiera egna egenkontroller utifrån behov och resultat av olika delar i kvalitetsarbetet.

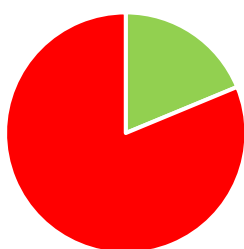
De tre översta egenkontrollmålen gällde även för 2020. I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen framgår att de tre målsättningarna inte uppnåddes inom HRSS under 2020. Det framgår att målsättningarna därför ska vara uppfyllda senast hösten 2021.

Genomförda egenkontroller och resultatet av dessa redovisas i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen under avsnittet för *studera och utvärdera*. Sammanställningen av 2021 års egenkontroller är inte färdigställd vid tidpunkt för granskningen.

Under 2020 gjordes sammanlagt åtta verksamhetsgemensamma egenkontroller. Samtliga egenkontroller genomfördes två gånger under året. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen innehåller en sammanställning av resultat för fem exempel på genomförda egenkontroller.

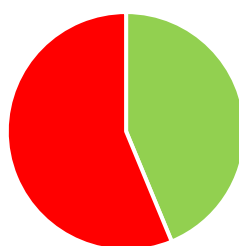
HRSS verksamhetsberättelse för 2020 innehåller resultatet av egenkontroller utifrån de tre nationella kvalitetsregisterna⁸. Resultatet ser ut enligt följande:

Efterlevnad av rutin
Vårdprevention enligt
Senior alert (antal
enheter som har ett
utfallsvärde över 75
procent) våren 2020



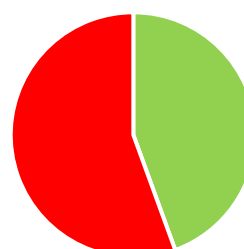
■ Ja ■ Nej

BPSD-registret (antal
enheter där brukare
har minst en
registrering per år)
våren 2020



■ Ja ■ Nej

Svenska
palliativregistret (antal
enheter där 100
procent av
patienterna har
smärskattats sista
levnadsveckan) våren
2020



■ Ja ■ Nej

I verksamhetsberättelsen framgår också vilka åtgärder som har vidtagits samt vilka områden som behöver utvecklas ytterligare.

Myndighetsfunktionen ansvarar för att genomföra kontroller i form av dokumentationsgranskning av journaler inom samtliga hemvårdsenheter. Kontrollerna utförs av biståndshandläggare och processledare i dialog med enhetschefer inom hemvården. I dokumentationsgranskningen granskas 10 slumpmässigt utvalda journaler per enhet och år. Dokumentationsgranskningen omfattar genomförandeplan, löpande social journal, löpande arbetsanteckningar, eventuella rapportböcker och fysisk personakt. Resultatet sammanställs i en rapport där årets resultat kommenteras utifrån de förbättringsområden som identifierades föregående år samt om förbättringsområdena kvarstår eller/och om det har identifierats några nya förbättringsområden. Enhetschefen och biståndshandläggaren har en dialog om resultatet och vad som behöver förbättras.

Varje biståndshandläggare har ett årshjul som beskriver antal individuppföljningar per månad för att säkerställa att alla brukare följs upp. Under 2020 granskades sammanlagt 3 226 genomförandeplaner. Det är vid granskningens tidpunkt ännu inte sammanställt hur många genomförandeplaner som har granskats under 2021.

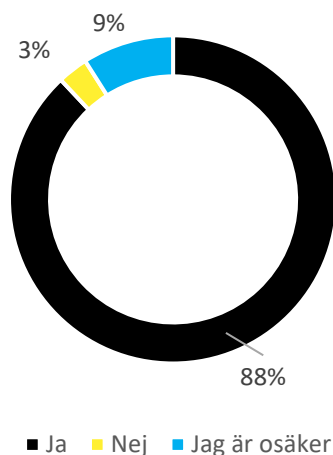
3.3.3. Avvikelsehantering

Medarbetare rapporterar avvikelser i nämndens verksamhetssystem. Avvikelserna utreds därefter av legitimerad personal, chef eller MAS beroende på allvarlighetsgrad och ärendetyp. Likt ovan nämnt finns det framtagna rutiner för hur avvikelser ska hanteras.

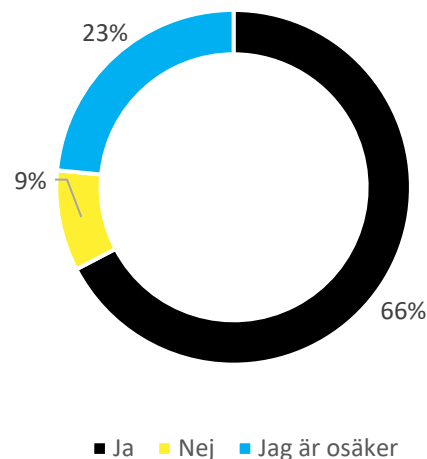
⁸ Senior alert, BPSD-registret och Svenska palliativregistret

I granskningens enkätundersökning utgjordes två av frågorna av om medarbetaren känner till hur avvikelser samt lex Sarah-ärenden ska rapporteras. Resultatet framgår av nedanstående diagram:

Vet du hur avvikelser enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service (LSS) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska rapporteras?



Vet du hur missförhållande/risk för missförhållande enligt lex Sarah ska rapporteras?

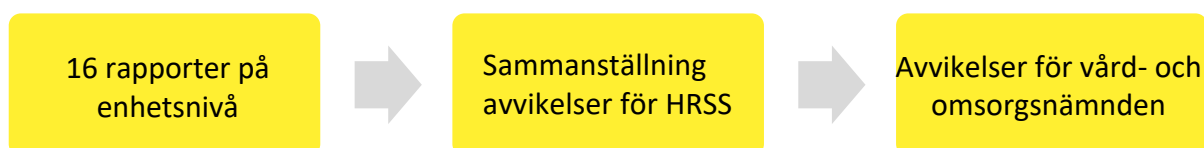


Resultatet visar att det finns medarbetare som känner sig osäkra på hur missförhållande eller risk för missförhållande enligt lex Sarah ska rapporteras. Vid en närmare analys av de båda frågorna visar det sig att osäkerheten är störst bland de som har varit anställda i 3 till 9 år.

MAS och kvalitetschef skickar ut anvisningar inför enheternas samlade analys av kvalitetsårets avvikelser. Enhetschef sammanställer analysen och skickar den till verksamhetschef som därefter sammanställer analyserna till en gemensam rapport för verksamhetsområdet. Rapporten presenteras för ledningsgruppen och redovisas för nämnden tillsammans med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. Statistik över avvikelser, lex Sarah-ärenden och inkomna klagomål och synpunkter redovisas på en övergripande nivå till nämnden. Det går inte att utläsa det specifika resultatet för HRSS.

Arbets sättet för sammanställningen av avvikelser finns beskrivet i en dokumenterad tidplan som ligger till grund för årshjulet för det systematiska kvalitetsarbetet.

Illustration över processen för sammanställning av avvikelser



Granskarna har tagit del av fyra slumpmässigt utvalda hemvårdsenheters sammanställningar av avvikelser för kvalitetsåret 2020/2021. Sammanställningarna är upprättade utifrån en gemensam mall och följer samma struktur. Sammanställningarna redovisar resultaten för synpunkter och klagomål, Sol- och LSS-avvikelser, lex Sarah-rapporter och HSL-avvikelser. Det finns en variation i enheternas analys av avvikelserna. Två av enheterna har mer omfattande analys som beskriver vad avvikelserna utgjordes av och vilka åtgärder som har

vidtagits. I en av sammanställningarna med mindre omfattande analys utgörs avsnittet om SoL- och LSS-avvikelser av:

”Avvikelser tar jag upp med berörd personal, pratar allmänt om avvikelserna på Apt. Procapita resurser jobbar effektivt med genomförandeplanerna.”

Enheten i exemplet hade sammanlagt 110 avvikelser varav 10 bedömdes ha måttlig eller betydande konsekvens för brukaren. Sammanställningen för HRSS följer samma struktur som rapporterna på enhetsnivå. Den samlade rapporten för nämnden i sin helhet innehåller en beskrivning över omfattningen av avvikelser, analys samt åtgärdsförslag utifrån analysen av inkomna avvikelser.

I HRSS sammanställning för 2020/2021 framgår att det finns brister i hur enheterna arbetar systematiskt med avvikelser. Kvalitetsutvecklare SoL/LSS inom förvaltningen har utarbetat en e-utbildning om avvikelser, lex Sarah och systematiskt kvalitetsarbete som vänder sig till både medarbetare och chefer inom Vård- och omsorgsförvaltningen. Utbildningen färdigställdes i oktober och finns tillgänglig på kommunens lär plattform Luvit.

Sammanställningarna på enhets-, verksamhets- och nämndnivå innehåller ingen fullständig jämförelse av statistik från föregående år. I vissa analysavsnitt framgår statistik från föregående år avseende en specifik avvikelsekategori eller på en samlad nivå.

Under perioden 2020 till och med oktober 2021 har det anmälts ett lex Sarah-ärende inom hemvården till Inspektionen för vård och omsorg. Ärendet avsåg en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande och utgjordes av brister i kommunikeringen av viktig information om en brukare.

Enligt intervjuade sker troligen fler avvikelser än vad som rapporteras idag. Tidsbrist och bristande tillgång till dator bland hemvårdspersonalen kan enligt uppgift utgöra anledning till att samtliga avvikelser inte rapporteras. Cheferna är dock trygga i att eventuella missförhållanden uppmärksammas då de har en kontinuerlig dialog med personalen kring detta och då det finns gott stöd att få via kvalitetsfunktionerna.

3.3.4. Privata utförare

Kansli- och kvalitetsenheten ansvarar för att följa upp kvaliteten hos externa utförare som en del av nämndens övergripande arbete med att säkra och utveckla kvalitet. Avdelningen har dokumenterat processen för uppföljning av extern verksamhet. I rutinen framgår vilka uppföljningsmoment som ska genomföras på våren och hösten samt vilka funktioner som ska medverka vid uppföljningen. Uppföljningen utförs av:

- ▶ Kvalitetsstrateg SoL
- ▶ MAS (vår) Kvalitetsstrateg HSL (höst)
- ▶ Kvalitetschef (vid behov)

De externa utförarna är egna vårdgivare och har därmed skyldighet att upprätta egna patientsäkerhetsberättelser. Nämnden och förvaltningen tar del av patientsäkerhetsberättelserna för de externa utförarna. Biståndshandläggarnas dokumentationsgranskning och individuppföljning genomförs på samma vis oberoende av om insatsen utförs av en extern utförare eller i egen regi.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsens statistik över SoL- och LSS-avvikelser, lex Sarah-ärenden samt klagomål och synpunkter inkluderar extern verksamhet. Nämnden informeras löpande om anmälningar till IVO från de externa utförarna.

3.3.5. Bedömning

Vi bedömer att nämnden delvis bedriver ett systematiskt förbättringsarbete inom hemvården.

Granskningen visar att nämnden genomför de av Socialstyrelsen föreskrivna momenten inom ramen för sitt systematiska förbättringsarbete. Det finns strukturer och styrning för hur riskanalyser, egenkontroller och avvikelshantering ska ske på olika nivåer i verksamheten, vilket enligt vår bedömning bidrar till ett förebyggande såväl som ett åtgärdande arbete med att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vi bedömer att det finns brister avseende kompetens och ett systematiskt arbete med avvikelser. Detta framgår dels av nämndens egen uppföljning dels av granskningens enkätundersökning dels av granskning av hemvårdsenheters sammanställningar av avvikelser. Bristande kompetens och systematik vid avvikelshantering medför risk för att kvalitetsbrister inte uppmärksammas och åtgärdas.

Vi ser positivt på att nämnden har vidtagit åtgärder för att höja kompetensen avseende avvikelshantering.

3.4. Förbättrande åtgärder i verksamheterna

Förbättrande åtgärder vidtas på olika nivåer i verksamheten. Samtliga enhetschefer på respektive hemvårdsområde har stöd av kvalitetsutvecklare inom Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. Kvalitetsutvecklarna stödjer enhetscheferna i det systematiska förbättringsarbetet inom hemvården. Förvaltningens kansli- och kvalitetsenhet har kvalitetsstrategier som arbetar med att följa upp, analysera och förbättra verksamhetens kvalitet på en övergripande nivå.

Nämndens identifierade behov av förbättringsåtgärder avseende hemvård framgår av:

- ▶ Kvalitetsenhetens verksamhetsuppföljning av hemvården
- ▶ Dokumentationsgranskningar
- ▶ Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen
- ▶ Sammanställning av avvikelser på nämndsnivå
- ▶ HRSS verksamhetsplan
- ▶ Sammanställning av myndighets uppföljning av kvalitet och genomförandeplan (se avsnitt 3.5)

Utöver ovan nämnda uppföljningar innehåller nämndens uppföljning av den interna kontrollplanen planerade åtgärder för de kontrollområden som visat på avvikelser. Nämnden följer upp om åtgärderna har genomförts via en slutrapport för den interna kontrollen i maj nästkommande år.

Det finns ingen sammanställning över samtliga identifierade förbättringsåtgärder. Nämndens sammanställning över avvikelser innehåller exempelvis 19 förslag på åtgärder. Kvalitetsenhetens verksamhetsuppföljning av hemvården 2020 innehåller 10 förslag på förbättringsområden. I merparten av dokumenten framgår det inte om åtgärdsförslagen riktas mot en specifik verksamhet eller nämnden i sin helhet. Det framgår inte vem som ansvarar för att åtgärderna genomförs.

Åtgärder och aktiviteter planeras utifrån nämndens mål, vilka framgår av verksamhetsplan. I avsnittet *agera* i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen beskrivs mål och strategier för kommande år. Målsättningarna utgörs av utvecklingsmål⁹, verksamhetsmål, egenkontrollmål och utvecklingsmål tillsammans med Region Skåne¹⁰. Det framgår att det kan tillkomma mål

⁹ Nämndens mål.

¹⁰ Utvecklingsmålen är en del i Hälso- och sjukvårdsavtalet som reglerar ansvarsfördelning och samverkansformer inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.

fortlöpande om riskanalyser visar på behov. Genomförda förbättringsåtgärder utifrån målsättningarna beskrivs i nästkommande års kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. Som exempel på vidtagna åtgärder utifrån målen för 2020 kan nämnas införande av mobilt trygghetslarm, utbildningar i demenssjukdomar och smärtskattning samt införandet av regelbundna Senior Alert-möten.

HRSS formulerar egna målsättningar med tillhörande indikatorer och aktiviteter och upprättar en verksamhetsplan. Verksamhetsområdet har formulerat följande målsättningar för 2021:

- ▶ Öka antalet registreringar i Senior alert för att stödja det förebyggande arbetet¹¹
- ▶ Öka antalet utförda studiecirkel i palliativ vård
- ▶ Öka kontinuiteten hos brukarna

Se bilaga 3 för en förteckning över nämndens och HRSS mål 2021.

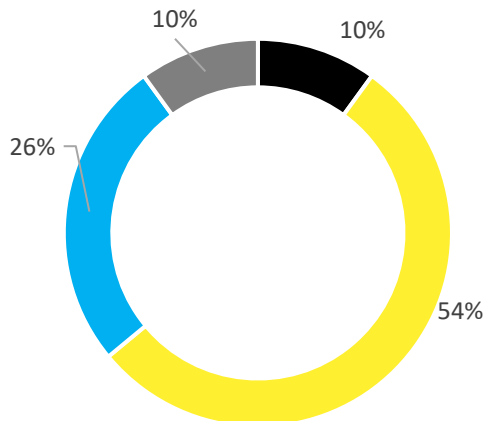
Enligt nämndens ledningsystem ansvarar enhetschef för att upprätta en årlig verksamhetsplan för sin enhet utifrån verksamhetsplaneringen för området samt inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter och resultaten från egenkontroller som rör enheten. Granskarna har tagit del av 2021 års verksamhetsplan för tre slumpmässigt utvalda hemvårdsenheter inom HRSS. En av verksamhetsplanerna innehåller fem enhetsspecifika mål. Det framgår en beskrivning över vilka förbättringsområden som ligger till grund för målsättningarna. Två av enheterna har inte formulerat egna målsättningar. En av de två enheternas verksamhetsplaner saknar även verksamhetsområdets målsättningar.

I granskningens enkätundersökning svarade 86 procent att de helt eller till stor del instämmer i att de känner till målen för den verksamhet som hen arbetar i. En procent uppgav att de inte instämmer alls i påståendet om att de känner till målen för verksamheten.

¹¹ Registreringar i Senior Alert möjliggör för enheterna att ta fram sammanställningar över resultatet av det vårdpreventiva arbetet inom fall, ohälsa i munnen, undernäring, trycksår och blåsdysfunktion.

Granskningens enkätundersökning visar att majoriteten av de svarande uppger att de har varit med om att det har vidtagits åtgärder utifrån rapporterade avvikelser enligt SoL/LSS/HSL.

Har du varit med om att avvikelserna enligt SoL/LSS och HSL har lett till åtgärder? (förändrat arbetssätt, ny rutin etc)



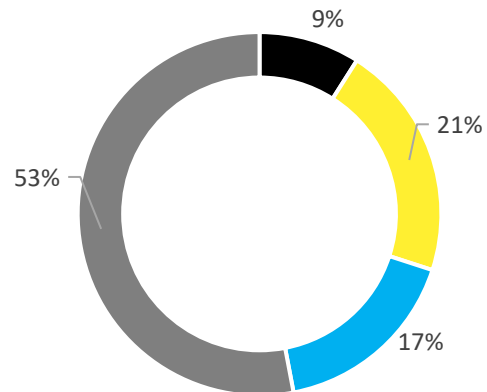
■ Ja i samtliga fall

■ Ja ibland

■ Nej

■ Inte rapporterat avvikelser

Har du varit med om att rapporter enligt lex Sarah har lett till åtgärder? (förändrat arbetssätt, ny rutin etc)



■ Ja i samtliga fall

■ Ja ibland

■ Nej

■ Inte rapporterat lex Sarah

69 procent av de som har rapporterat en avvikelse uppger att det i samtliga fall eller ibland har vidtagits åtgärder. Motsvarande för lex Sarah uppgår till 60 procent. Vidare visar enkätundersökningen att 45 procent instämmer helt eller till stor del i att förslag på förbättringar tas upp till diskussion på arbetsplatsen. Åtta procent uppger att de inte instämmer alls. På påståendet om arbetsgruppen arbetar med ständiga förbättringar uppger 67 procent att de instämmer helt eller till stor del. Tre procent instämmer inte alls.

3.4.1. Exempel på vidtagna åtgärder

Nämndens och verksamhetsområdets mål fokuserar bland annat på digitala insatser, förebyggande och rehabiliterande arbete för att öka individens självständighet samt ökad kontinuitet för brukarna. Nedan redogör vi för exempel på åtgärder som har vidtagits inom hemvården för att förbättra kvaliteten utifrån målsättningarna.

Delaktighet och inflytande

Vid flera intervjuer framförs att det finns ett pågående arbete kring att stärka brukarnas delaktighet och inflytande. Ett av de förvaltningsövergripande verksamhetsmål för 2021 utgörs av att brukarens individuella behov, mål och måluppfyllelse ska stå i centrum. Målet följs upp av tre indikatorer varav en mäter andel mål i biståndshandläggarnas beställning som är uppfyllda. Enheterna får en ekonomisk premie för varje individuellt mål som har uppfyllts för att skapa incitament för en hög måluppfyllelse. Under 2020 uppfylldes 82 procent av de individuella målen.

Trygghet och kontinuitet

Enheterna har vidtagit åtgärder för att stärka personalkontinuiteten hos brukare. Som exempel ges att enheter har anställt vikarier istället för att använda timvikarier från bemanningsenheten. Det finns också enheter som organiserat personalen i olika team som arbetar på avgränsade geografiska områden.

Statistik från Kolada visar att nämnden sedan 2015 har förbättrat personalkontinuiteten. 2015 hade brukare besök av i genomsnitt 16 personal under en tvåveckorsperiod. År 2020 var det genomsnittliga antalet personal 12.

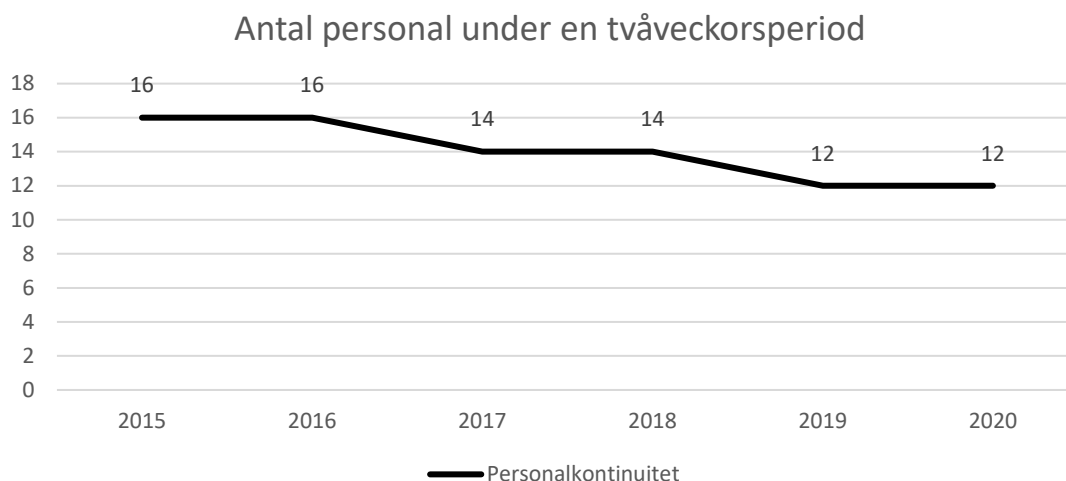


Diagram 4 Statistik från Kolada

För att stärka tryggheten hos brukare erbjuds personer som beviljats hemvård möjlighet att installera ett digitalt låssystem. Genom det digitala låssystemet kan endast personal inom hemvården öppna dörren. Ytterligare exempel på att stärka tryggheten utgörs av att belastningsregister ska kontrolleras inför anställning och att samtlig personal använder profilkläder med kommunens logotyp.

Dokumentation av insatser

Nämnden har infört digitala applikationer som möjliggör för personal att signera insatser digitalt och dokumentera händelser i mobilen. Vid intervju framförs dock att hemvårdens mobiler inte har kapacitet att använda den nya applikationen. Dokumentationen måste därför göras vid de gemensamma datorerna i hemvårdsenhetens lokaler. Anställda inom hemvården har ingen personlig mobil, vilket uppges medföra att det är svårt att sprida information via mejl då medarbetarna behöver använda någon av de gemensamma datorerna för att logga in på sin mejl. Den intervjuade enheten har fyra datorer på 57 medarbetare.

En av de intervjuade enhetscheferna har utsett ett språkombud som kan stötta kollegor som inte har svenska som modersmål med dokumentation. Samtliga enheter har utsedda Procapitaombud¹² som har gått särskild utbildning i hur arbetet ska dokumenteras i systemet samt hur genomförandeplanerna ska registreras.

¹² Procapita är nämndens verksamhetssystem för social dokumentation.

Måltider för brukare med hemvård

Det pågår ett förbättringsarbete mellan vård- och omsorgsnämnden och servicenämnden avseende måltidsservice. I december 2019 gav nämnden i uppdrag till förvaltningen att utreda matsituationen för äldre med hemvård. Utredningen redovisades i december 2020 och i samband med detta beslutade nämnden om en ny inriktning avseende måltider för äldre i ordinärt boende. Inriktningen består av fyra målsättningar:

- ▶ Införande av behovsbedömd måltidsleverans till hemmet för begränsad grupp äldre med behov av färdiglagade måltider.
- ▶ Matlagning i hemmet (insats sammansatt måltid) begränsas till en smalare målgrupp för att bland annat ersättas av måltidsleveranser¹³.
- ▶ Ökat fokus på att förebygga/motverka undernäring, genom anställning av dietist och genom att följa projektet "Nollvision undernäring" (som bland annat bedrivs i Kävlinge kommun).
- ▶ Samarbeta med näringslivet för att öka tillgängligheten för äldre till det privata måltidsutbudet.

Det har även införts att brukare ska kunna välja att få en matkasse med heldygnskost och att den enskilde och personal därefter lagar mat tillsammans. I 2021 års delårsrapport framgår att brukare i hemvårdsområde Väster kommer att ha möjlighet att prova matkassen under en 8-veckorsperiod under september.

3.4.2. Åtgärder utifrån covid-19

Vård- och omsorgsnämndens agerande till följd av coronapandemin har granskats mer utförligt av revisionen under 2020 och följts upp under 2021.

Enligt statistik från Socialstyrelsen per 29 november 2021 har 114 brukare med hemvård smittats i kommunen sedan början av 2020.

Samtliga intervjuade framhåller att verksamheten varit hårt pressad under pandemin. Förvaltningen arbetade i stabsläge under 2020. Förvaltningens ledningsgrupp har fortfarande veckovisa avstämningsmöten med fokus på pandemin. Det har funnits chef i beredskap dygnet runt fram till i slutet av maj 2021. Chefsberedskapen uppges ha stärkt och gett trygghet inom organisationen.

Enligt intervjuade har medarbetare inom hemvården tillgång till nödvändig skyddsutrustning. Skyddsutrustning beställs via ett gemensamt centrallager. Förvaltningen hyr extra förrådsutrymmen för att kunna lagerhålla ett beredskapslager som räcker i tre månader. Sjuksköterskor med längre erfarenhet har utbildat en stödgrupp inom HRSS som övriga medarbetare kan kontakta vid frågor kring bland annat rutiner och provtagning. I gruppen ingår även sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut samt MAS. HRSS har en kohortenhet som inledningsvis hade sex platser men som därefter utökades till sexton platser. Enheten avvecklades under hösten 2021 men har startats upp igen under slutet av 2021. Enheten används för att kunna ge omsorg till brukare med konstaterad eller misstänkt covid-19 och samordnas av korttidsenheten.

Nämnden har reviderat krisledningsplan och handlingsplan för pandemi¹⁴. I september 2021 gav nämnden i uppdrag till förvaltningsdirektören att under oktober till december 2021 vidta följande åtgärder för att förebygga smittspridning:

¹³ Genom måltidsleveranser av färdiglagade måltider bedöms kvaliteten på måltiden för äldre i ordinärt boende kunna öka. Detta genom att näringsinnehållet inte varierar utifrån kunskapen hos omsorgspersonalen och brukaren.

¹⁴ Vård- och omsorgsnämnden 2021-04-14

- ▶ Besluta om tidsbegränsade uppehåll gällande tillgängligheten av kommunens lunchrestauranger och träffpunkter
- ▶ Besluta om åtgärder som syftar till att säkerställa den kapacitet som krävs inom vård- och omsorgsförvaltningen i Lunds kommun inom såväl kommunal som extern regi med anledning av ökad belastning i verksamheten på grund av Covid-19

I november 2021 gav nämndens ordförande förvaltningen i uppdrag att utreda förutsättningar för och konsekvenser av vaccinationskrav vid nyanställning av personal inom omvårdsnära arbete. Uppdraget är ännu inte återrapporterat.

3.4.3. Bedömning

Socialstyrelsen föreskriver att nämnden ska vidta förbättrande åtgärder i de fall som riskanalyser, egenkontroller och avvikelser påvisar avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten. Vi ser positivt på att nämnden identifierar behov av förbättringsåtgärder inom flera olika processer. Däremot bedömer vi att nämnden kan utveckla arbetet med att säkerställa att identifierade behov av åtgärder genomförs och följs upp för att säkerställa att vidtagna åtgärder är tillräckliga och ger avsett resultat. Det varierar i vilken utsträckning hemvårdsenheternas verksamhetsplaner innefattar övergripande målsättningar, vilket enligt vår bedömning utgör en risk för att identifierade behov av åtgärder inte beaktas och hanteras inom samtliga enheter.

Resultatet av granskningens enkätundersökning indikerar därtill att åtgärder inte alltid vidtas utifrån rapporterade avvikelser och att medarbetare inte ges information om vidtagna åtgärder. Vi bedömer att det kan påverka medarbetares benägenhet att rapportera avvikelser och att bidra i kvalitetsarbetet i de fall åtgärder inte vidtas eller kommuniceras.

Vi vill uppmärksamma nämnden på vikten av att tydliggöra vilka som omfattas av behovet av förbättrande åtgärder (verksamhet/enhet) samt vem som är ansvarig för att genomföra och följa upp vidtagna åtgärder.

3.5. Brukarnas delaktighet och inflytande

Brukare ges möjlighet till delaktighet och inflytande på olika nivåer i verksamheten. Intervjuade framhåller att delaktighet och inflytande är särskilt viktigt i det enskilda individärendet. Därtill används brukares och anhörigas synpunkter och klagomål på verksamhetens kvalitet för att utveckla enheternas arbete. Enhetschef ansvarar, som tidigare nämnt, för att sammanställa iakttagelser från inkomna synpunkter och klagomål i en årlig rapport.

Nämnden arbetar utifrån IBIC, som är ett arbetssätt för att beskriva individens behov, resurser, mål och resultat. Samtliga enheter har en utsedd IBIC-resurs som ska stötta kollegor i att arbeta utifrån IBIC.

Kvalitetsuppföljning

Biståndshandläggarna ansvarar för att följa upp beviljade insatser. Resultatet används på individuell nivå för att säkerställa att brukarna har rätt och tillräckliga insatser. I samband med uppföljningen gör biståndshandläggaren också en kvalitetsuppföljning på individnivå som utgår från sju frågor i den nationella brukarundersökningen. Brukarna har i samband med detta möjlighet att lämna kommentarer/fritextsvar. Resultatet registreras löpande och enhetscheferna kan därmed följa resultatet av kvalitetsuppföljningen i realtid. Per sista augusti 2021 hade det genomförts cirka 600 kvalitetsuppföljningar inom HRSS. Erhållen statistik visar på följande resultat:

HRSS 2021

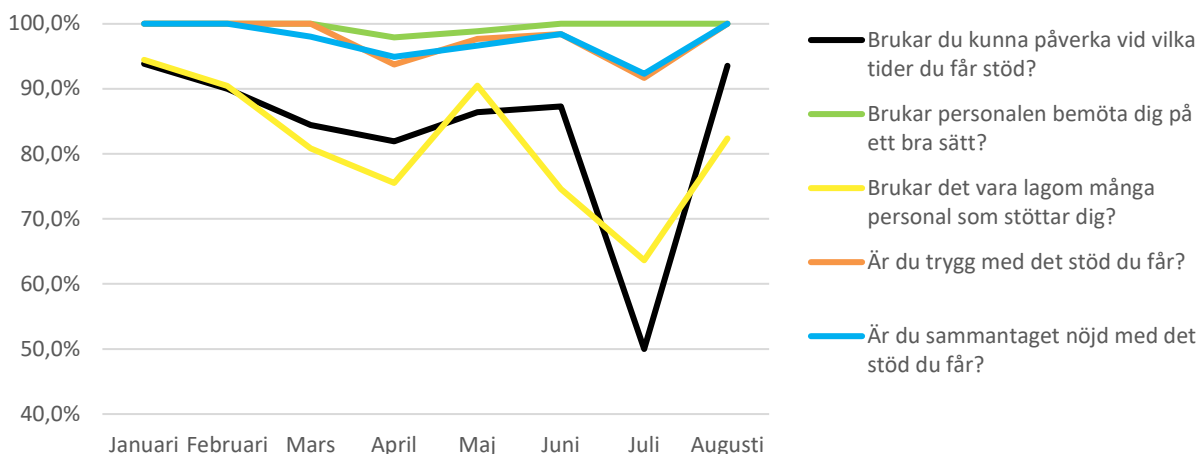


Diagram 5 Statistik från vård- och omsorgsförvaltningen

Under juli genomfördes 15 uppföljningar vilket kan jämföras med cirka 90-100 uppföljningar resterande månader¹⁵. Statistiken visar att frågan om brukaren kan påverka vilka tider som hen får stöd samt om det är lagom många personal har ett lägre resultat i förhållande till övriga frågor. Brukarnas helhetsbedömning, upplevelse av personalens bemötande samt trygghetskänsla har högst resultat.

Resultatet av kvalitetsuppföljningen sammanställs två gånger per år i en gemensam rapport för hela nämndens verksamhet. Rapporten ska ligga till grund för förbättrande åtgärder. I rapporten för juli-december 2020 framgår att de utvecklingsområden som identifierades 2019 till stor del var kvarstående. Resultaten i rapporten redovisas på en övergripande nivå för nämndens samtliga verksamhetsområden. Det går inte att utläsa vad som avser specifikt hemvården. I rapporten framgår att respektive verksamhetschef och enhetschef ansvarar för att löpande analysera resultat på verksamhets- och enhetsnivå.

Genomförandeplan

Enhetschefer inom hemvården ansvarar för att se till att det upprättas en genomförandeplan för respektive brukare. Det finns en dokumenterad rutin för arbetssättet med genomförandeplaner. I rutinen framgår bland annat att genomförandeplanen ska upprättas inom 30 dagar från det att en insats har beviljats samt att brukarna ska vara delaktiga i att formulera hur de individuella målsättningarna ska uppnås och hur stödet ska utföras. Vid intervju framförs att det varierar i vilken utsträckning som genomförandeplanerna används i verksamheterna. Vissa uppges se det som ett levande dokument och som stöd i hur arbetet ska utformas samtidigt som andra inte använder genomförandeplanen.

I diagrammet nedan redovisas de svar som brukare lämnat till biståndshandläggare i samband med ovan nämnda kvalitetsuppföljning angående om personalen tar hänsyn till brukarens

¹⁵ Individuppföljningen genomförs i så stor utsträckning som möjligt utanför semesterperioderna för att ordinarie kontaktperson och handläggare ska kunna genomföra uppföljningen.

åsikter om hur stödet ska utföras och om personalen vet vad de ska stötta brukaren med. Resultatet avser i vilken utsträckning som brukarna instämmer i påståendet.

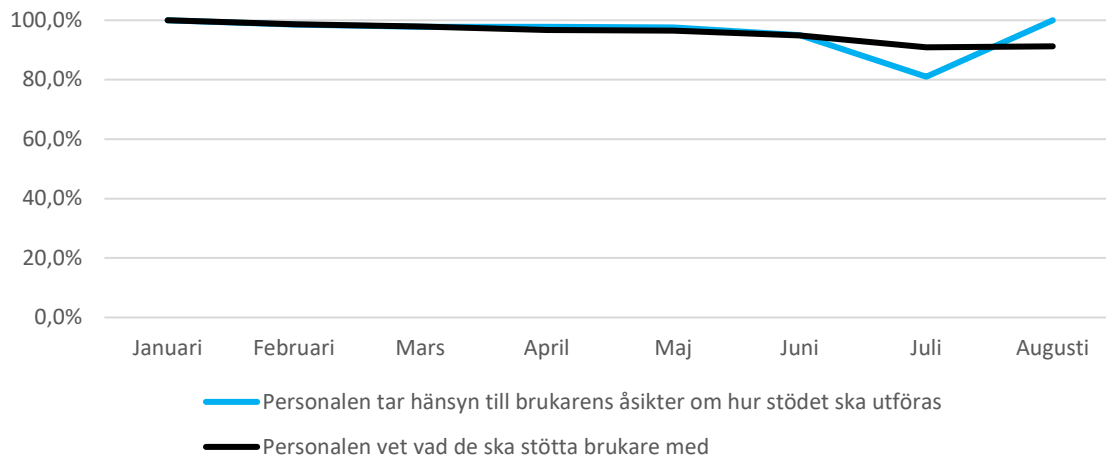


Diagram 6 Statistik från vård- och omsorgsförvaltningen

I HRSS sammanställning över avvikelser för kvalitetsåret 2020/2021 framgår att 14 procent av avvikelserna utgörs av att genomförandeplaner inte följts. 31 procent av avvikelserna avser brister i dokumentationen. I analysen framgår att bristerna i dokumentationen oftast handlar om att genomförandeplaner inte blir uppdaterade. Att enheterna inte har prioriterat genomförandeplaner under pandemin samt att vidareutbildningar och handledning av IBIC/procapitaresurser har legat nere ges som två tänkbara förklaringar.

Brukarundersökning

Nämnden deltar i den nationella brukarundersökningen inom äldreomsorgen. I brukarundersökningen finns ett antal frågor som rör brukarnas delaktighet:

- ▶ Vet du vart du ska vända dig om du vill framföra synpunkter eller klagomål på hemtjänsten?
- ▶ Hur lätt eller svårt är det att få kontakt med hemtjänstpersonalen vid behov?
- ▶ Brukar du kunna påverka vid vilka tider personalen kommer?

Det senast publicerade resultatet av brukarundersökningen visar att andelen brukare som känner till hur synpunkter eller klagomål ska framföras ökade mellan åren 2019 och 2020. Kommunens resultat 2020 ligger i linje med kommuner med liknande äldreomsorg och större städer. Lunds resultat tillhör de 50 procent mittersta kommunerna i Sverige. Resultatet avseende om det är lätt att få kontakt med personalen samt om brukaren kan påverka vilka tider som de får hjälp har också förbättrats under 2020 i förhållande till 2019. Resultatet för de båda frågorna ligger över genomsnittet för liknande kommuner och större städer. Kommunens resultat på frågan om möjlighet att påverka tider är bland de 25 procent bästa i Sverige. Se bilaga 2 för en mer detaljerad redovisning över resultaten.

3.5.1. Bedömning

Vi bedömer att nämnden delvis har säkerställt brukarnas delaktighet och inflytande. Bedömningen görs mot bakgrund av att avvikelserna från kvalitetsåret 2020/2021 visar att det förekommer att genomförandeplaner inte upprättas och/eller följs. Vi ser däremot positivt på att brukarnas synpunkter och upplevelse följs upp och sammanställs i samband med

biståndshandläggarnas uppföljning av beviljade insatser. Dock så redovisas resultaten på en övergripande nivå vilket gör att det inte går att utläsa vad som avser specifikt hemvården. Respektive enhetschef får ta del av resultaten men vi bedömer att nämnden bör överväga att göra sammanställningen på verksamhetsnivå för att enklare kunna identifiera mönster och trender mellan enheterna samt stärka likvärdigheten.

Vi konstaterar även att resultaten i brukarundersökningen avseende delaktighet har förbättrats för samtliga frågor avseende delaktighet och inflytande.

3.6. Återrapportering till nämnden

I detta avsnitt beskriver vi på vilket sätt information återrapporteras till vård- och omsorgsnämnden. Information om vilken uppföljning och kontroll som genomförs finns i tidigare avsnitt i rapporten.

Nämnden får information om kvalitet inom hemvården genom:

- ▶ Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse
- ▶ Verksamhetsberättelse HRSS
- ▶ Sammanställning över avvikelse på förvaltningsövergripande nivå
- ▶ Delårsrapport
- ▶ Årsanalys
- ▶ Uppföljning samt slutrapportering av intern kontrollplan
- ▶ Rapportering av ej verkställda beslut

Nämnden har även beslutat om ett antal indikatorer för styrning och uppföljning av nämndens verksamheter som följs upp årligen. Det finns både indikatorer på övergripande nivå och för specifika verksamhetsområden. I uppföljningen av 2020 års indikatorer framgår kvalitetsnyckeltal och volymnyckeltal för hemvård, exempelvis personalkontinuitet och antal brukare samt antal genomförda hemtjänsttimmar.

Vid intervju med nämndens presidium framförs att nämnden får regelbunden information om kvaliteten inom hemvården. Vidare uttrycks att de olika formerna av uppföljning ger en god insyn i verksamhetens utmaningar som därefter kan användas vid formulering av målsättningar. Det förekommer att nämnden får information om resultatet av dokumentationsgranskningar. Informationen hanteras som ett sekretessärende.

Vid en genomläsning av nämndens protokoll från 2021 framgår bland annat:

- ▶ Samtliga protokoll innehåller en punkt med förvaltningen informerar. Arbetet utifrån covid-19 och information om arbetet med välfärdsteknik är två exempel på områden som har belysts.
- ▶ Rapportering av ej verkställda beslut sker när det finns icke verkställda beslut på individnivå att rapportera. Redovisningen per 30 juni 2021 visade att det fanns 16 beslut om hemtjänst som inte hade verkställts. Det framgår av tjänsteskrivelse att detta beror på att brukare har valt att pausa sitt stöd på grund av oro för covid-19.

3.6.1. Bedömning

Vi bedömer att nämnden får en tillräcklig uppföljning och kontroll av kvalitet inom hemvården. Bedömningen görs mot bakgrund av att nämnden får ta del av både resultat på en övergripande nivå samt respektive verksamhetsområdes verksamhetsberättelse. Det skapar enligt vår bedömning förutsättningar för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt.

4. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Vår sammanfattande bedömning är att vård- och omsorgsnämnden till stor del har säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen, med fokus på hemvård. Bedömningen görs mot bakgrund av att det finns ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd. Vi bedömer även att ansvaret för kvalitetsarbetet är tydligt definierat genom ledningssystemets bilaga över ansvar och befogenheter.

Däremot bedömer vi att nämnden behöver utveckla det systematiska förbättringsarbetet. Det är positivt att det genom flera processer på olika nivåer identifieras behov av förbättringsåtgärder. Vi bedömer dock att det behöver tydliggöras hur identifierade behov av åtgärder ska genomföras. Både vad gäller vilka åtgärder som ska prioriteras, vilka (verksamhet/enhet) som omfattas av behovet och vem som är ansvarig för att det genomförs. I detta ingår även hur resultat av genomförda förbättringsåtgärder ska följas upp och dokumenteras.

Revisionsfråga	Svar
<p>Finns det ett dokumenterat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som omfattar de områden som anges i lag, föreskrifter och allmänna råd?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Är ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete känt i hemtjänstens alla verksamheter? - Är ansvar för kvalitetsarbetet tydligt definierat? - Är centrala arbetsprocesser och rutiner identifierade, dokumenterade och fastställda? 	<p>Ja.</p> <p>Nämnden har fastställt ett ledningssystem som innehåller de delar som framgår av Socialstyrelsens föreskrifter. Ansvarsfördelningen framgår av en bilaga till ledningssystemet och rutiner finns tillgängliga på kommunens intranät. Det finns dokumenterade och fastställda riktlinjer samt arbetsprocesser och rutiner som anger hur verksamheten ska bedrivas</p>
<p>Bedriver nämnden ett systematiskt förbättringsarbete inom hemtjänsten?</p>	<p>Delvis.</p> <p>Nämnden genomför de av Socialstyrelsen föreskrivna momenten inom ramen för sitt systematiska förbättringsarbete. Det finns strukturer och styrning för hur riskanalyser, egenkontroller och avvikelshantering ska ske på olika nivåer i verksamheten.</p> <p>Dock framkommer det att det finns brister avseende kompetens och ett systematiskt arbete med avvikelser, vilket medför risk för att kvalitetsbrister inte uppmärksammas och åtgärdas.</p>
<p>Vidtar nämnden tillräckliga åtgärder för att säkerställa kvalitet inom hemtjänsten?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vilka åtgärder har vidtagits i syfte att hindra/minska smittspridning till följd av Coronapandemin? 	<p>Delvis.</p> <p>Det finns ett omfattande underlag för att identifiera behov av förbättringsåtgärder. Flera dokument innehåller förslag på förbättringsåtgärder. Däremot är det svårt att följa vilka förbättringsåtgärder som ska vidtas i vilka verksamheter samt vem som har ansvar</p>

	<p>för att genomföra och följa upp resultatet av dem.</p> <p>Granskningen visar att nämnden har genomfört flera åtgärder för att förbättra kvaliteten samt för att hindra och minska spridning av covid-19.</p>
Säkerställer nämnden brukarnas delaktighet och inflytande?	<p>Delvis</p> <p>Avvikelserna från kvalitetsåret 2020/2021 visar att det förekommer att genomförandeplaner inte upprättas och/eller följs.</p> <p>Vi konstaterar att resultaten i brukarundersökningen avseende delaktighet har förbättrats för samtliga frågor avseende delaktighet och inflytande.</p>
Säkerställer nämnden personalens medverkan i kvalitetsarbetet?	<p>Ja.</p> <p>Det finns tillgängliga rutiner, ett definierat och uttalat ansvar i ledningssystemet. Rutinerna uppmärksammas vid arbetsplatsträffar och enkätundersökningen indikerar att det finns en god kännedom.</p>
Tillser nämnden en tillräcklig uppföljning och kontroll av kvalitet inom verksamheten?	<p>Ja.</p> <p>Nämnden får ta del av uppföljning via löpande informationspunkter samt via underlag i form av exempelvis kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse, verksamhetsberättelse och sammanställning av avvikelser. Nämnden får även information om verksamheten som bedrivs av externa utförare.</p>

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Säkerställa att samtliga hemvårdsenheters verksamhetsplaner utgår från övergripande målsättningar som bryts ner för den egna verksamheten.
- ▶ Tillse att medarbetare har tillräcklig kompetens kring avvikelsehantering
- ▶ Säkerställa att genomförandeplaner upprättas och följs upp kontinuerligt i samtliga ärenden.
- ▶ Tydliggöra vilka som omfattas av behovet av förbättrande åtgärder (verksamhet/enhet) samt vem som är ansvarig för att genomföra och följa upp vidtagna åtgärder.

Lund den 26 januari 2022

Sofia Holmberg
EY

Anna Färdig
EY

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade funktioner:

- ▶ Vård- och omsorgsnämndens presidium
- ▶ Förvaltningsdirektör, vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ MAS
- ▶ Kvalitetschef
- ▶ Verksamhetschef HRSS
- ▶ Sex stycken enhetschefer

Dokument:

- ▶ Hantering av avvikelser på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicintekniska produkter, 2017-06-02
- ▶ Hantering av lex Sarah-ärenden, 2017-01-10
- ▶ SoL- och LSS-avvikelser – rutin för ansvarsfördelning och hantering, 2014-12-09
- ▶ Ta tillvara synpunkter och klagomål, 2020-06-16
- ▶ Riktlinjer för insatser enligt socialtjänstlagen, 2019-10-23
- ▶ Rutin genomförandeplan, 2015-12-04
- ▶ Intern kontrollplan 2021 vård- och omsorgsnämnden
- ▶ Icke verkställda beslut, 2021-09-27
- ▶ Indikatorer för styrning och uppföljning av verksamheten 2020, december
- ▶ HRSS avvikelser kvalitetsåret 2020/2021
- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Mat för äldre inom ordinärt boende, 2020-12-01
- ▶ Avvikelser kvalitetsåret 2020/2021 Torn
- ▶ Avvikelser kvalitetsåret 2020/2021 Norra Fäladen
- ▶ Avvikelser kvalitetsåret 2020/2021 Järnåkra
- ▶ Avvikelser kvalitetsåret 2020/2021 Genarp
- ▶ Årsplanering IBIC 2021, 2020-12-07
- ▶ Verksamhetsplan 2021 Torn
- ▶ Verksamhetsplan 2021 Norra Fäladen
- ▶ Verksamhetsplan 2021 Järnåkra
- ▶ Verksamhetsplan 2021 Genarp
- ▶ Verksamhetsberättelse 2020 Torn
- ▶ Verksamhetsberättelse 2020 Järnåkra
- ▶ Verksamhetsberättelse 2020 Genarp
- ▶ Verksamhetsberättelse 2020 Norra Fäladen
- ▶ Uppföljning maj 2021 avseende arbetet med måltider för äldre inom ordinärt boende
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens beslut om åtgärder på grund av coronaviruset med sjukdomen Covid-19 2021-09-06

Bilaga 2. Resultat brukarundersökning

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn andel (%)

Lund				
Liknande kommuner	90	89	89	89
Större stad	88	87	88	87

Synpunkter eller klagomål, andelen brukare som känner till hur ska framföras (ja).

	2017	2018	2019	2020
Lund	64	62	63	65
Liknande kommuner	63	62	64	65
Större stad	63	61	64	64

Kontakt med hemtjänstpersonalen, andelen brukare som upplever att det är ganska eller mycket lätt att få kontakt

	2017	2018	2019	2020
Lund	80	77	77	81
Liknande kommuner	77	75	76	77
Större stad	76	74	75	76

Påverka tider, andel brukare som uppger att de alltid eller oftast kan påverka vilka tider de får hjälp

	2017	2018	2019	2020
Lund	61	60	62	65
Liknande kommuner	61	60	61	60
Större stad	59	58	58	58

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - bemötande andel (%) (ja alltid och oftast)

	2017	2018	2019	2020
Lund	97	96	97	97
Liknande kommuner	97	97	97	97
Större stad	97	96	96	97

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - förtroende för personalen andel (%) (för all eller flertal av personal)

	2017	2018	2019	2020
Lund	92	89	89	90
Liknande kommuner	91	90	90	90
Större stad	90	89	89	89

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - personalen utför sina arbetsuppgifter andel (%) (mycket bra eller ganska bra)

	2017	2018	2019	2020
Lund	87	87	87	87
Liknande kommuner	88	87	87	87
Större stad	86	85	85	85

Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar medelvärde

	2017	2018	2019	2020
Lund	14	14	12	12
Liknande kommuner	14	15	15	15
Större stad	15	15	15	12

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - behov anpassas andel (%) (ja)

	2017	2018	2019	2020
Lund	75	70	74	75
Liknande kommuner	74	71	73	73
Större stad	72	71	72	74

Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - trygghet andel (%) (mycket trygga eller ganska trygga)

	2017	2018	2019	2020
Lund	88	86	87	88
Liknande kommuner	85	85	86	86
Större stad	85	85	86	86

Bilaga 3. Mål 2021

Nämndens utvecklingsmål	Indikatorer	Mål 2021
Möjligheter att i första hand tillgodose behov genom en digital insats ska utvecklas, med brukarens individuella behov i centrum.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antalet insatser som genomförs digitalt ska öka med 100 procent. 	100%
Det förebyggande och rehabiliterande/habiliterande arbetet ska utvecklas för att öka individens självständighet och fördröja behovet av vård- och omsorgsinsatser.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antal förebyggande aktiviteter genomförda med stöd av "träningsapp" ska öka med 100 procent. 	100%
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Genomförandeplaner i nya ärenden ska innehålla ett rehabiliterande/habiliterande perspektiv. 	80%
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antal förebyggande hembesök med inriktning mot ensamhet och digital inkludering ska öka med 80 procent. 	80%
Samarbetet med civilsamhället ska utvecklas.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antal aktiviteter som arrangeras av frivilliga för våra besökare i öppna verksamheter ska öka. ▶ Antalet frivilliga som medverkat som stöd i aktiviteter som verksamheten anordnat ska öka. 	

HRSS mål	Indikatorer	Mål 2021
Öka antalet registreringar i Senior alert för att stödja det förebyggande arbetet	Antalet registreringar i senior alert	30
Öka antalet utförda studiecirkel i palliativ vård	Antal utförda studiecirkel i palliativ vård	50
Öka kontinuiteten hos brukarna	Antal personal under 14 dagar i phoniro hos utvalda brukare vid 6 tillfällen.	12