



# Granskning av avvikelshantering inom hemtjänst och särskilt boende

Revisionsrapport augusti 2023  
Ronneby kommun



01

Slutsatser och  
rekommendationer,  
inledning



02

lakttagelser



03

Sammanfattning,  
bedömning och svar på  
revisionsfrågor



04

Källförteckning och bilagor

# Slutsatser och rekommendationer

---

Vår sammanfattande bedömning är att avvikelshantering inom hemtjänst och särskilt boende i Ronneby kommun sker på ett delvis ändamålsenligt sätt.

Granskningen visar att enhetscheferna är centrala i avvikelshantering och att hur rutinen som finns efterlevs till stor del beror på de enskilda enhetscheferna. En jämförelse av inrapporterade avvikelser per enhet stärker bilden av stora variationer mellan enheterna. Därtill påvisar granskningen en okunskap hos personalen kring hur avvikelser rapporteras på rätt sätt.

Vidare visar granskningen att avvikelserapporteringen inte har utgjort underlag för ett systematiskt förbättringsarbete. Det görs enbart en övergripande analys av HSL-avvikelser. Det är inte tydligt hur sammanställning och analys ska genomföras på enhets- och verksamhetsnivå.

Likaså finns det en rutin för hantering av klagomål och synpunkter, men granskningen visar att det inte alltid är tydligt om klagomål registreras om de löses i dialog. Det finns ingen analys av inkomna klagomål och synpunkter.

Slutligen visar granskningen att de privata utförarna har olika bestämmelser i sina avtal gällande hur de ska rapportera avvikelser. De privata utförarna har heller inte tillgång till kommunens system på samma sätt som kommunens egen verksamhet och personal.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- ▶ Löpande och systematiskt analysera skillnader mellan enheter och verksamheter avseende avvikelser och säkerställa att kunskapen används i det systematiska förbättringsarbetet.
- ▶ Tillse att samtliga klagomål och synpunkter löpande dokumenteras och att dessa också utgör underlag i det systematiska förbättringsarbetet.
- ▶ Fortsatt säkerställa utbildning till personal och följa upp att det finns tillräcklig kunskap om hur rapportering av avvikelser ska ske.
- ▶ Säkerställa att avvikelser utreds inom skälig tid.
- ▶ Säkerställa att privata utförare har likvärdiga förutsättningar som verksamheter i kommunal regi.

# Bakgrund och syfte

---

## Bakgrund

Kommunrevisionen har utifrån risk- och väsentlighetsanalys beslutat att genomföra en granskning av avvikelshantering inom hemtjänst och särskilt boende.

Förvaltningschefen leder arbetet med stöd av vård- och omsorgskansliet där bland annat den lagstadgade tjänsten MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) ingår. Förvaltningen är indelad i tre verksamhetsområden som leds av respektive verksamhetschef:

1. **Myndighetskontoret** är vägen in i förvaltningen. Medarbetarna ansvarar för att ta emot och utreda ansökningar om insatser från hemtjänst eller inom vård- och omsorgsboende.
2. **Hemtjänstverksamheten** utför beviljade insatser hos seniorer som bor i ordinärt boende.
3. **Vård- och omsorgsboende** är avsedda för seniorer med ett omfattande vård- och omsorgsbehov. Det finns 6 vård- och omsorgsboenden. I verksamheten ingår också dagverksamhet, växelvård och korttidsplatser.

Det finns två privata aktörer som bedriver hemtjänstverksamhet samt vård- och omsorgsboende på uppdrag av kommunen.

## Syfte och frågeställningar

Granskningen syftar till att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställer att avvikelshantering inom hemtjänst och särskilt boende sker på ett ändamålsenligt sätt. I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Finns en tydlig organisering och rutiner för att hantera avvikelser?
- ▶ Har avvikelserapporteringen utgjort underlag för ett systematiskt förbättringsarbete?
- ▶ Finns det tillräckliga riktlinjer för klagomålshantering?
- ▶ Sker uppföljning och kontroll av de privata utförarnas avvikelshantering?

Vi kommer även att redovisa en genomgång av genomförda egenkontroller och sammanställningar av avvikelser och klagomål.

# Metod och avgränsning

## Metod

Granskningen har genomförts genom dokument- och intervjustudier. Intervjuer har genomförts med nyckelfunktioner i vård- och omsorgsnämndens verksamheter såsom verksamhetschefer, enhetschefer, MAS och kvalitets- och verksamhetsutvecklare. Se källförteckning för fullständig lista.

Viktiga dokument för dokumentstudien har varit kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse, rutin för avvikelshantering samt dokumentation av intern kontroll. En fullständig lista finns i källförteckningen.

Därtill har vi fått statistik på avvikelser som vi har bearbetat i rapporten för att kunna ta fram en jämförande siffra på avvikelser per vårdtagare på samtliga enheter under 2022.

**Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden**



Dokumentstudier



Intervjuer



Sammanställning



# Revisionskriterier

---

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar.

## Kommunallag (2017:725)

Enligt kommunallagen ska nämnderna tillse att verksamheter bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har beslutat samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

Nämnderna ska även tillse att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt.

Enligt kommunallagen 6 kap ska kommunstyrelsen leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter och ha uppsikt över nämndernas och gemensamma nämnders verksamheter. Styrelsen ska uppmärksamt följa de frågor som kan ha inverkan på kommunens ekonomiska ställning och hos fullmäktige göra de framställningar som behövs.

Med styrelsens ledande ställning följer att den har till uppgift att skaffa sig överblick över hela kommunens verksamhet. Uppsikten är ett medel för att kommunstyrelsen att på ett effektivt sätt ska kunna leda och samordna hela den kommunala verksamheten.

## Lag (2008:962) om valfrihetssystem

Av 1 kap. 2 § framgår principerna för valfrihetssystem i vilken det framgår att den upphandlande myndigheten ska behandla leverantörer på ett likvärdigt sätt. I detta ingår att iaktta principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet i tillämpandet av valfrihetssystemet.



# Revisionskriterier

---

## Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9)

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Vidare ska vårdgivaren utöva egenkontroll i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontroller kan bl.a. innefatta jämförelser med tidigare resultat, målgruppsundersökningar, och undersökningar om förhållningssätt hos personalen.

Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska tas emot och utredas. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

“

Av kvalitetsberättelsen bör det framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och vilka resultat som har uppnåtts (SOSFS 2011:9)



# Revisionskriterier

---

## Patientsäkerhetslagen

Lagen syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och innehåller bestämmelser som riktar sig till både vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal.

Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Som ett led i detta ska vårdgivaren utreda händelser som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det. Utredningarna ska ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha som ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Enligt lagen har hälso- och sjukvårdspersonalen rapporteringsskyldighet och ska rapportera risker för vårdskador och händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada.

## Hälso- och sjukvårdslagen

Lagen innehåller övergripande mål och riktlinjer för hälso- och sjukvården. Offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Vidare ska verksamhetschefen säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. MAS ansvarar bl.a. för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde och att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) som avser hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet.







01

Slutsatser och  
rekommendationer,  
inledning



02

lakttagelser



03

Sammanfattning,  
bedömning och svar på  
revisionsfrågor



04

Källförteckning och bilagor

# Organisation och rutiner

## Förvaltningens organisation

- ▶ Förvaltningschefen leder arbetet med stöd av vård- och omsorgskansliet där bland annat den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) finns. Förvaltningen är indelad i tre verksamhetsområden med en verksamhetschef för varje:
  - ▶ Hemtjänstverksamhet med totalt 9 enheter och 4 enhetschefer. I april 2023 finns 1186 vårdtagare. Det finns ca 270 tillsvidareanställda, framförallt undersköterskor och vårdbiträden.
  - ▶ Vård- och omsorgsboende samt korttidsboende med 6 boenden och cirka 10 enhetschefer. I april 2023 finns 241 vårdtagare.
  - ▶ Myndighetsenheten och HSL med bland annat sjuksköterskor, rehabilitering och myndighetsavdelning.
- ▶ I tillägg finns två privata utförare som bedriver hemtjänst och vård- och omsorgsboende. De har 107 (8 procent) vårdtagare inom hemtjänst och 53 (18 procent) i vård- och omsorgsboende.

## Rutin för avvikelshantering

- ▶ Socialstyrelsen definierar en avvikelse som en händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat, till exempel att en vårdtagare inte fått rätt hjälp, att beviljad insats inte utförts eller att det finns ett missnöje.
- ▶ Av kommunens rutin framgår att alla anställda i förvaltningen har ansvar att upptäcka och rapportera avvikelser. Avvikelser rapporteras i kommunens verksamhetssystem Lifecare. Rutinen redovisas i bilaga 1. Vid intervju framgår att en uppdatering av rutinen är planerad eftersom förändringar av arbetssättet gjorts under hösten 2022. Det förändrade arbetssättet finns angivet på sida 12.

- ▶ Enhetscheferna har huvudansvaret för avvikelser och utreder i normalfallet avvikelser inom den egna enheten. Det innebär att enhetscheferna är ansvariga för den stora majoriteten av avvikelser. Under 2022 rapporterades 3248 avvikelser. Som ansvarig utredare har man ansvar för att vidta åtgärder, göra risk- och händelseanalys, dokumentera utredning samt sprida kunskap om det som framkommit av utredningen.
- ▶ Avvikelser som rör missförhållande eller risk för missförhållande (lex Sarah) utreds av kvalitets- och verksamhetsutvecklare eller LoV-samordnare/kvalitetsutvecklare. Under 2022 rapporterades 9 lex Sarah anmälningar. Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) utreds av MAS. Under 2022 gjordes inga lex Maria anmälningar.
- ▶ Det är MAS och kvalitets- och verksamhetsutvecklaren som årligen ska göra en övergripande sammanställning och analys av avvikelser. Detta presenteras i kvalitetsberättelsen och i patientsäkerhetsberättelsen. Enhetscheferna ska föra statistik av avvikelser för att ha kontroll.
- ▶ Vid intervjuer framgår att avvikelser diskuteras vid enheternas team träff varannan vecka. Då ligger fokus på vilka åtgärder den individuella vårdtagaren behöver.

## Enhetschefernas arbetssätt

- ▶ Av intervjuer framgår att det inte upplevs tydligt hur enhetscheferna ska arbeta med avvikelser och att det finns stora skillnader i arbetssätt. Det gör att enhetscheferna kan bli en stoppkloss i avvikelshantering och leder till att avvikelser inte blir utredda i tid.

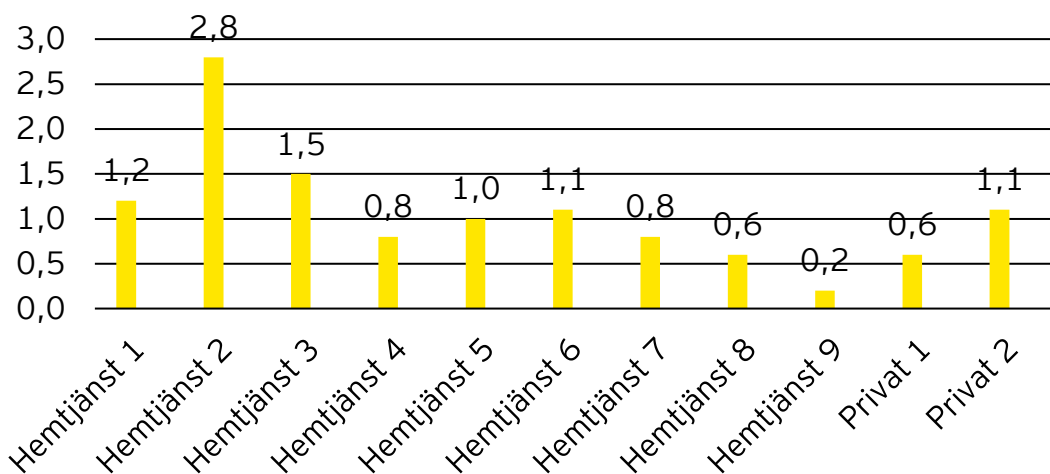
# Organisation och rutiner

## Avvikelser 2022

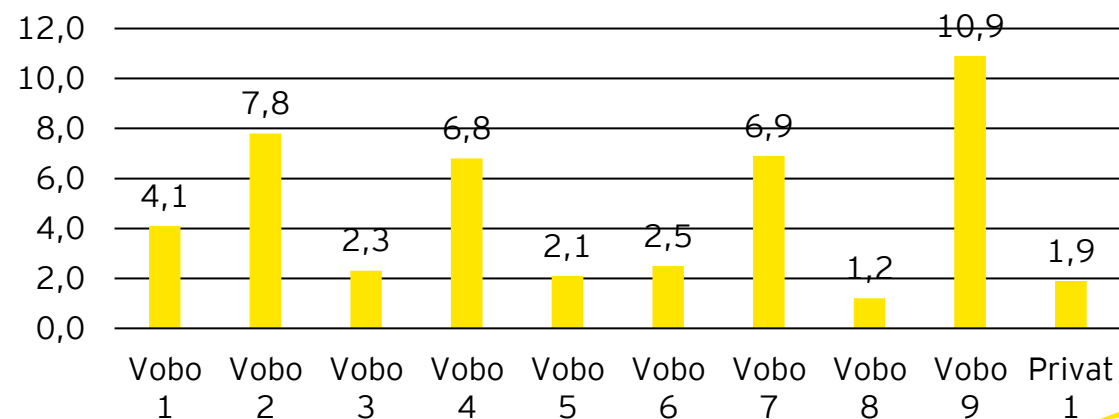
- ▶ Att sammanställa och analysera avvikelser ger möjligheter för verksamheten att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Därmed ska avvikelser inte automatiskt ses som negativt.
- ▶ Totalt rapporterades 1211 avvikelser på 1293 vårdtagare inom både kommunal och privat hemtjänstverksamhet under 2022. Det ger ett snitt på 0,9 avvikelser per vårdtagare. Enheterna varierar från 0,2 till 2,8 avvikelser per vårdtagare.
- ▶ Totalt rapporterades 1297 avvikelser på 294 vårdtagare inom både kommunala och privata vård- och omsorgsboenden under 2022. Det ger ett snitt på 4,4 avvikelser per vårdtagare. Enheterna varierar från 1,2 till 10,9 avvikelser per vårdtagare.

- ▶ De privata utförarna hade 8 % av vårdtagarna inom den totala hemtjänstverksamheten och stod för 7 % av avvikelserna under 2022. Inom vård- och omsorgsboende stod de för 18 % av vårdtagarna och 9 % av avvikelserna.
- ▶ Enligt rutinen ska respektive enhetschef föra statistik över avvikelser för att ha kontroll. Sammanställningen ska presenteras i resultatberättelsen. Av 2021 års resultatberättelse framgår antal avvikelser fördelat på tillbud och olycksfall på varje enhet. Enligt uppgift har ett beslut fattats om att inte skriva resultatberättelse från och med 2023 då informationen istället rapporteras till vård- och omsorgsnämnden i tertialuppföljning och inför årsbokslut.
- ▶ Vi har inte fått ta del av sammanställningar på enhetsnivå eller verksamhetsnivå.

Avvikelser per vårdtagare inom hemtjänst  
2022



Avvikelser per vårdtagare inom vård- och omsorgsboende  
2022



# Organisation och rutiner

---

## 3 av 20 stickprov var godkända

- ▶ Intern kontroll beslutas av vård- och omsorgsnämnden och redovisas två gånger per år till nämnden.
- ▶ År 2021 var avvikelshantering en del av nämndens interna kontroll. Av totalt 20 stickprov var 8 avvikelserapporter godkända, det vill säga handlagda inom skälig tid.
- ▶ På grund av resultatet var avvikelshantering även en del av 2022 års interna kontroll. Av 20 stickprov var resultatet att 3 rapporter var godkända, det vill säga handlagda inom skälig tid.
- ▶ Om en avvikelse är mottagen inom 2-5 månader anses det vara inom skälig tid enligt intern kontroll. Därefter ska en utredning ha påbörjats inom 1-4 månader för att anses vara inom skälig tid.
- ▶ Av intervjuer framgår att det generellt tar för lång tid att utreda avvikelser men att läkemedel- och fallavvikelser ingick i den interna kontrollen eftersom de utgör majoriteten av avvikelserna.

## Nytt arbetssätt hösten 2022

- ▶ Som en del av nämndens åtgärder efter resultaten i intern kontroll 2021 och 2022 infördes ett nytt arbetssätt efter att man identifierat att enhetscheferna hade svårt att dela informationen i avvikelserna via Lifecare med andra professioner.
- ▶ Möjligheten för enhetscheferna att lägga till medutredare implementerades under hösten 2022. När enhetschefen lagt till medutredare kan denna personal dokumentera i avvikelserna.
- ▶ Under hösten 2022 påbörjades en utbildningsinsats av personalgrupper inom förvaltningen med anledning av det nya arbetssättet. Utbildningen

står MAS/MAR och kvalitets- och verksamhetsutvecklare för. I ett första skede utbildades enhetschefer, hälso- och sjukvårdspersonal och handläggare. Utbildningen fortsätter under 2023. Mot bakgrund av detta kommer enligt uppgift också rutinen för avvikelshantering att uppdateras.

- ▶ Av intervjuer framgår att det nya arbetssättet trots utbildningsinsatser inte är känt i hela förvaltningen. Likaså upplevs otydligheten i hur enhetscheferna ska arbeta vara ett fortsatt problem då det fortfarande är upp till respektive enhetschef att på egen hand välja att använda sig av medutredare. Skillnaderna mellan enheterna riskerar därför kvarstå.

## Kompetens och resurser

- ▶ Av både dokumentstudier och intervjuer framgår en bild av att resurser och medicinsk kompetens inte alltid upplevs som tillräcklig och är en av orsakerna bakom rapporterade avvikelser.
- ▶ Av intervjuer framgår att den medicinska kompetensen hos undersköterskor inte alltid är tillräcklig och det efterfrågas resurser för att sjuksköterskor ska kunna handleda undersköterskor i större utsträckning.
- ▶ Det framgår också en bild av att det skett en positiv utveckling mellan 2021 och 2022 på så sätt att fler avvikelser rapporteras. Däremot kvarstår ett problem i att medarbetare väljer fel kategori när avvikelser rapporteras i systemet. Detta kan enligt uppgift enhetschefen inte ändra på egen hand.
- ▶ Enligt uppgift kontrollerar MAS samtliga avvikelser rapporterade enligt Socialtjänstlagen på grund av att personalen inte alltid vet vilken kategori en avvikelse ska rapporteras som.

# Systematiskt förbättringsarbete

## Sammanställning och analys enligt rutin

- ▶ Enligt rutinen ska MAS och kvalitets- och verksamhetsutvecklare årligen göra en övergripande sammanställning och analys av avvikelser som presenteras i kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen. Underlaget ska användas i förbättringsarbete och åtgärdas på verksamhetsnivå.
- ▶ Därtill ska respektive enhetschef enligt rutinen föra statistik i syfte att ha kontroll. I intervjuer framgick att det inte är tydligt på vilket sätt enhetscheferna ska sammanställa och använda sig av statistiken. Det uppfattas vara upp till den enskilde enhetschefen att bestämma i vilken utsträckning avvikelserapporteringen används i det systematiska förbättringsarbetet.

## Det saknas analys i berättelserna

- ▶ I kvalitetsrapporten görs en sammanställning där det totala antalet av rapporterade avvikelser samt antalet avvikelser per enhet redovisas. Antalet avvikelser har ökat från 923 år 2021 till 3248 stycken år 2022.
- ▶ Ökningen bedöms bero på utbildningsinsatser som gjorts under 2021 och 2022. Ökningen anses vara positiv då det innebär att verksamheten aktivt kan arbeta med de brister som identifieras av avvikelserapporteringen och arbeta förebyggande och i syfte att förbättra verksamheten.
- ▶ Utöver detta görs ingen djupare sammanställning eller analys av avvikelser i kvalitetsberättelsen. Vi har inte kunnat ta del av några analyser som gjorts på verksamhetsnivå.
- ▶ I patientsäkerhetsberättelsen görs en övergripande analys av avvikelshanteringen. Det görs en sammanställning av vilka kategorier av

avvikelser som ökat respektive minskat inom hemtjänstverksamhet och vård- och omsorgsboende. Vidare beskrivs orsaker bakom de olika kategorierna av avvikelser samt i viss utsträckning vilka åtgärder som vidtagits på övergripande nivå.

- ▶ **Läkemedelsavvikelser** står för nästan 75 % av de rapporterade avvikelserna om fallolyckor exkluderas. Läkemedelsavvikelser beskrivs som uppgifter som utförs av reellt kompetent personal efter delegering av legitimerade sjuksköterskor. Ett behov av att öka följsamhet till rutiner och föreskrifter gällande delegeringsprocessen har identifierats.
- ▶ Därtill framgår att orsakerna bakom det stora antalet läkemedelsavvikelser är att delegerad omvårdnadspersonal missar att ge läkemedel på grund av att de glömmer, är stressade eller att det är brist på reellt kompetent personal.
- ▶ Olika åtgärder som vidtagits på verksamhetsnivå beskrivs. Under 2022 påbörjades en extern kvalitetsgranskning av läkemedelshantering av en farmaceut. Andra åtgärder som lyfts fram som underlättar läkemedelshanteringen är digitala medicinskåp på vård- och omsorgsboende och i ordinärt boende. När läkemedelshantering delegeras till icke legitimerad personal får de gå en digital utbildning i läkemedelshantering från Socialstyrelsen samt en fysisk utbildning med sjuksköterska. Ansvarig sjuksköterska får efter ett kunskapstest bedöma om delegering är aktuell.
- ▶ Slutligen har verksamheterna under 2022 förberett för en implementering av ett nytt verksamhetssystem för hälso- och sjukvården där förhoppningen är att digital signering för läkemedelshantering ska kunna nyttjas fullt ut. Digital signering och uppstramning av delegeringsprocessen har visat goda resultat för att minska antalet läkemedelsavvikelser i andra kommuner.

# Systematiskt förbättringsarbete

---

## Fortsättning patientsäkerhetsberättelsen

- ▶ Slutligen har verksamheterna under 2022 förberett för en implementering av ett nytt verksamhetssystem för hälso- och sjukvården där förhoppningen är att digital signering för läkemedelshantering ska kunna nyttjas fullt ut. Digital signering och uppstramning av delegeringsprocessen har visat goda resultat för att minska antalet läkemedelsavvikelser i andra kommuner.
- ▶ **Fallavvikelser** i vård- och omsorgsboende minskade svagt under 2021 men har ökat igen under 2022. Inom hemtjänst ökade antal fall mellan 2020 och 2022 men därefter har kurvan gått ner igen. Under 2023 ska ett omtag göras för att arbeta preventivt med riskbedömningar för fall eftersom en analys av de bakomliggande orsakerna till risker gör att rätt förebyggande insatser kan sättas in.

## Långa utredningstider

- ▶ Enligt uppgift tar det generellt för lång tid att utreda avvikelser vilket också speglas av resultatet i intern kontroll. Enligt intern kontroll ska en avvikelse vara mottagen inom 2-5 månader, därefter ska utredning ha påbörjats inom 1-4 månader för att det ska ha skett inom skälig tid. Trots detta var endast 3 av 20 stickprov godkända år 2022.
- ▶ Vid intervjuer framgår att de långa utredningstiderna delvis beror på att rutinen vid byte av enhetschefer brister. Detta har gjort att avgående enhetschef lämnat över avvikelser till den nya enhetschefen att utreda.

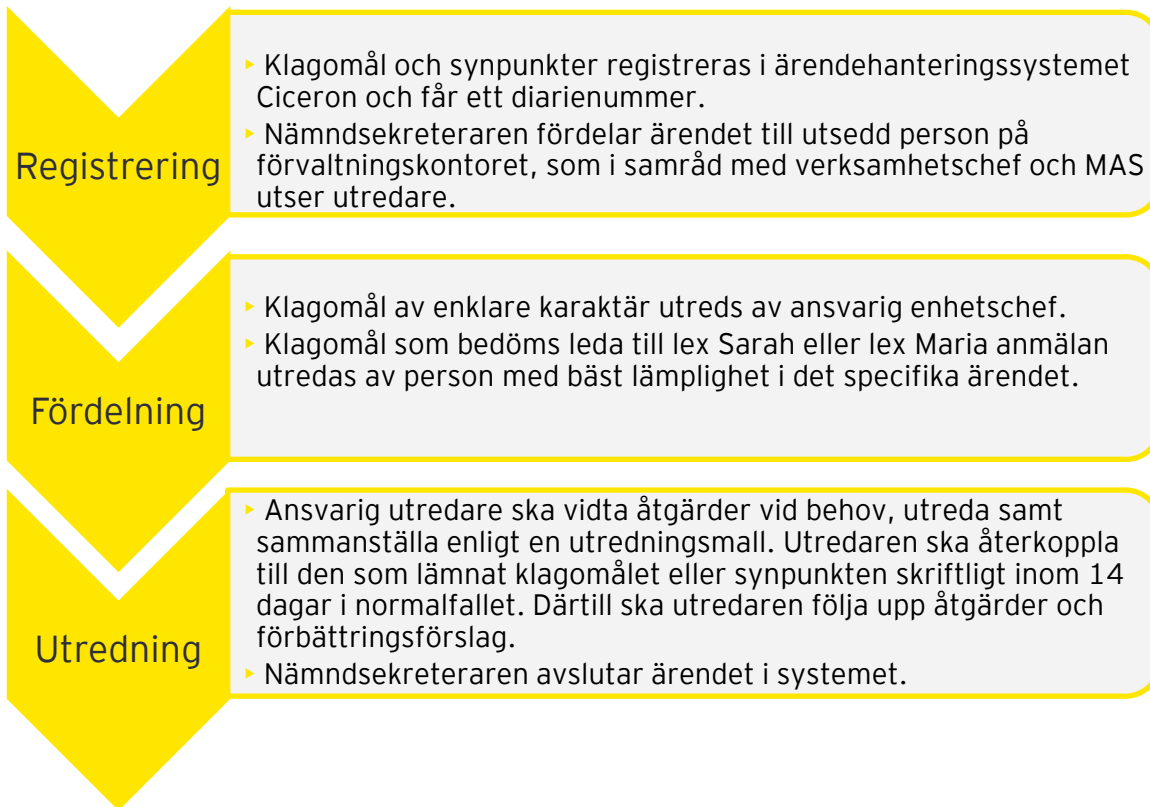
## Sammanställningar och analyser på enhets- och verksamhetsnivå saknas

- ▶ Det framgår av dokumentstudier och intervjuer att utbildningsinsatsen som påbörjats under 2022 i avvikelshantering och det nya arbetssättet kring medutredare kommer att fortsätta under 2023 med fokus på utredning, analys och lärande.
- ▶ Granskningen visar att enskilda avvikelser utreds med fokus på individens behov. Däremot har vi inte kunnat ta del av sammanställningar eller analyser som görs på enhetsnivå eller verksamhetsnivå.

# Klagomålshantering

## Rutin för klagomålshantering

- ▶ Rutinen för klagomålshantering återfinns i rutinen för avvikelshantering. Klagomål och synpunkter kan lämnas via en blankett som finns på hemsidan, intranätet, samt i vårdtagarnas hem. Klagomål och synpunkter kan även lämnas direkt till personalen i förvaltningen via mail, telefon eller i personligt möte.



## Det saknas analys av klagomål och synpunkter

- ▶ Enligt rutinen ska MAS och kvalitets- och verksamhetsutvecklare årligen göra en övergripande sammanställning och analys av klagomål och synpunkter som presenteras i kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen. Därtill ska respektive enhetschef enligt rutinen föra statistik i syfte att ha kontroll.
- ▶ I kvalitetsberättelsen 2022 görs en sammanställning av antalet klagomål och synpunkter efter verksamhet och kategori. Det finns ingen analys i kvalitetsberättelsen. Likaså finns det ingen analys i patientsäkerhetsberättelsen från 2022. I berättelsen framgår att nio klagomål inkommit på hälso- och sjukvården under 2022.
- ▶ Av kvalitetsberättelsen 2022 framgår att 92 klagomål och synpunkter rapporterats på verksamhet i privat regi, jämfört med 25 klagomål och synpunkter på verksamhet i kommunal regi. Den privata verksamheten står för cirka 10 % av den totala verksamheten och står för 79 % av rapporterade klagomål och synpunkter.
- ▶ Vid intervjuer framgår en bild av att klagomål och synpunkter i stort hanteras i dialog. Det är först om ärendet inte går att lösa i dialog som blanketten används, och klagomålet eller synpunkter därmed registreras. Detta kan innebära att det finns en risk för underrapportering av inkomna klagomål och synpunkter.

# Uppföljning och kontroll av privata utförare

## De privata utförarnas rutin

- ▶ Av Attendos rutin framgår att samtliga avvikelser skickas till verksamhetschefen som antecknar vilka åtgärder som bör göras. Verksamhetschefen, sjuksköterska, kvalitetsombud samt planerare håller månadsvis ett kvalitetsmöte där de går igenom samtliga avvikelser. Avvikelsena följs upp på varje arbetsplatsträff.
- ▶ Av 1:a Omtankens rutin framgår att avvikelser lämnas till den som är kundansvarig som sedan lämnar över till personal eller enhetschef. Det finns en samordnare som delegerar avvikelserna till utsedd personal med datum för när åtgärder och uppföljning ska ske. Kundansvarig går igenom avvikelsen och godkänner att den avslutas. Om den inte godkänns följs den upp på gruppnivå med ytterligare åtgärder.

## Olika system för avvikelshantering

- ▶ De privata utförarna har inte tillgång till kommunens system på samma sätt som kommunens egen verksamhet och personal har. Det gäller till exempel tillgång till Lifecare och kommunens intranät. Det innebär till exempel att de inte på egen hand kan nå rutiner och dokument. Enligt uppgifter skickas rutiner istället från kommunen via mail, vilket ibland glöms bort. Det innebär också att de privata utförarna inte kan söka information om nämndens mål på egen hand vilket framgår av verksamhetsuppföljningen för 2022.
- ▶ Ytterligare en konsekvens av att de privata utförarna inte har tillgång till kommunens system är att deras personal inte har tillgång till Lifecare och således inte kan rapportera avvikelser direkt i kommunens system för avvikelshantering.

- ▶ Vid intervjuer framgår det att detta lett till att en av de privata utförarna haft en dialog med kommunen om att kommunen inte kan kräva att den privata utföraren använder Lifecare för att rapportera avvikelser, när personalen inte kan få tillgång till systemet. Utföraren rapporterar istället sina avvikelser per kategori tre gånger per år till kommunen. Den andra utföraren rapporterar sina avvikelser löpande i egna interna system samt i Lifecare.
- ▶ Till följd av att de privata utförarna rapporterar sina avvikelser på olika sätt framkom det i intervjuer att det förefaller oklart hur de privata utförarnas avvikelser aggregeras i verksamhetsstatistiken.

## Uppföljning av privata utförare

- ▶ Enligt förvaltningens riktlinjer för uppföljning av verksamhet som bedrivs av kommunen samt privata utförare har LoV-samordnare, MAS och kvalitet- och verksamhetsutvecklare ansvar för att årligen följa upp bland annat avtal, individ (genom brukarundersökning) och verksamhet.
- ▶ Uppföljning av verksamheten inbegriper en årlig uppföljning av verksamhetsplan, egenkontroll, avvikelshantering, kommunens målstyrning, kvalitetsledningssystem samt verksamhetsbesök. Åtterrapporering gällande verksamhetsuppföljning till vård- och omsorgsnämnden sker årligen enligt verksamhetsuppföljning för 2022.
- ▶ Enligt verksamhetsuppföljning för 2022 har samtliga privata enheter angivit att de har en verksamhetsplan för sina verksamheter, att de genomför egenkontroller, samt att de har rutiner för avvikelshantering som är kända i verksamheten.





01

Slutsatser och  
rekommendationer,  
inledning



02

lakttagelser



03

Sammanfattande  
bedömning och svar på  
revisionsfrågor



04

Källförteckning och bilagor

# Sammanfattande bedömning

## **Brist att avvikelser inte utreds inom skälig tid och att de stora skillnaderna mellan enheterna inte undersökts**

Vår sammanfattande bedömning är att avvikelshantering inom hemtjänst och särskilt boende sker på ett delvis ändamålsenligt sätt. Vi bedömer det som positivt att det gjorts utbildningsinsatser och ett utvecklingsarbete för att höja personalens kompetens. Dock ser vi stora skillnader mellan enheterna i antalet anmälda avvikelser, vilket det inte gjorts någon närmare analys kring. Vi har heller inte kunnat ta del av verksamheters eller enheters sammanställningar och analyser av avvikelserna. Vi ser att stickproven i den interna kontrollen visar att många avvikelser inte utreds inom skälig tid. Den primära anledning som anges i granskningen är att samtliga avvikelser ska hanteras av enhetschef, som många gånger inte upplever sig ha resurser eller kompetens för detta.

På grund av avsaknaden av analys finns det en risk att vårdgivaren inte följer Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) om att analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar på brister i verksamhetens kvalitet.

## **Avvikelserna har inte utgjort underlag för ett systematiskt förbättringsarbete**

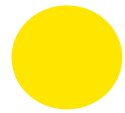
Vi bedömer att avvikelserna inte på ett tydligt sätt utgjort underlag för ett systematiskt förbättringsarbete. Den övergripande analysen i patientsäkerhetsberättelsen avser enbart HSL-avvikelser. Det saknas analys såväl där som i kvalitetsberättelsen avseende SOL-avvikelser. Intervjupersoner från flera håll instämmer också i att det inte finns ett enhetligt systematiskt förbättringsarbete. Konsekvenserna av detta bedömer vi blir att kunskapen kring de avvikelser som skett inte tas till vara, och att misstagen därför riskerar att upprepas kontinuerligt.

Vi noterar också att analys av klagomål och synpunkter saknas samt att avvikelserapporteringen sker olika för de två privata utförarna, beroende på olika bestämmelser i avtal. Därtill har inte de privata utförarna tillgång till kommunens digitala system på samma sätt som verksamheterna i kommunal regi. Vi bedömer att detta riskerar att påverka förutsättningarna för likvärdighet mellan såväl privata utförare som mellan privata utförare och de kommunala verksamheterna.



# Svar på revisionsfrågor 1 (2)

## Finns en tydlig organisering och rutiner för att hantera avvikelser?

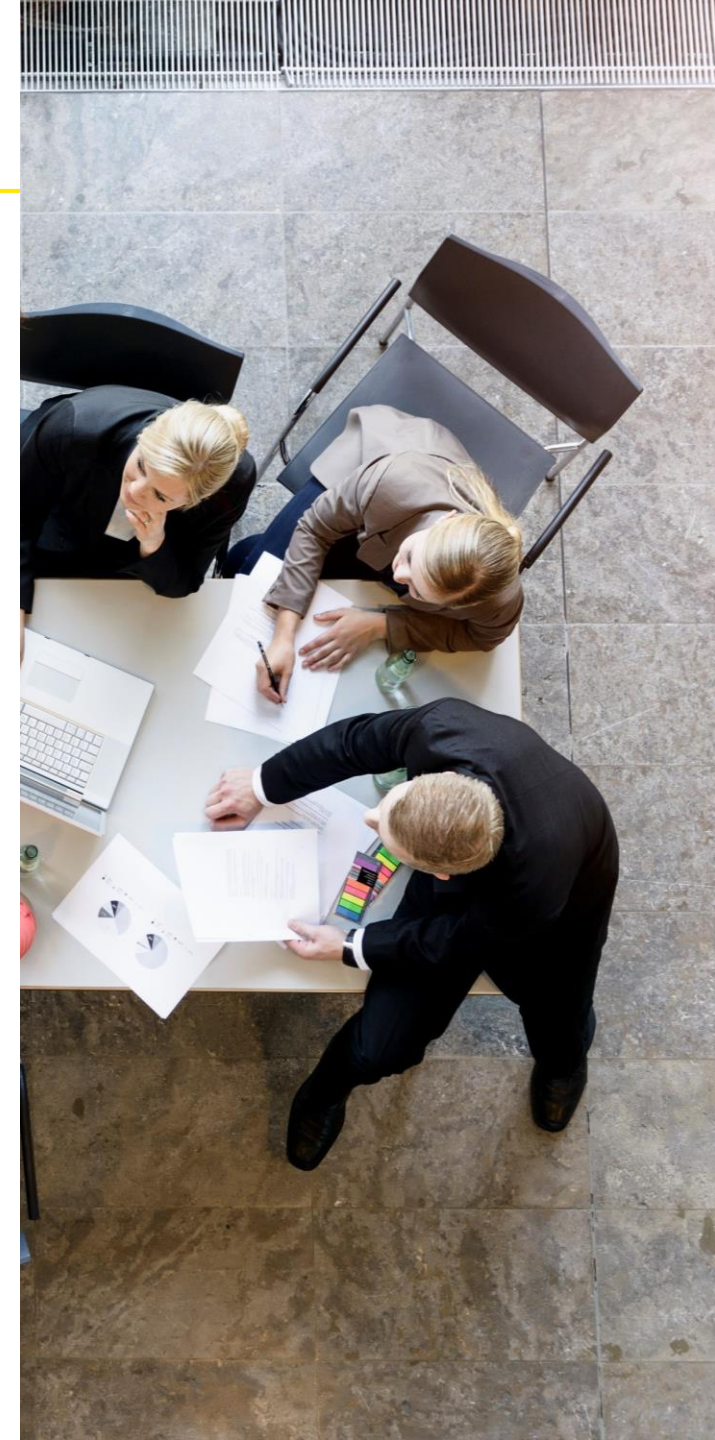


Delvis, det finns organisering och rutiner för att hantera avvikelser, men hur rutinen fungerar i praktiken beror till stor del på enskilda enhetschefer, då cheferna är centrala för avvikelshantering. Det framgår därtill en stor okunskap bland personal kring hur man rapporterar avvikelser på rätt sätt. Det är positivt att det gjorts en utveckling av rutinen, så enhetschef kan tillsätta en medutredare. Dock verkar det på många håll finnas oklarheter kring hur detta ska praktiskt. Den interna kontrollen visar att många avvikelser inte utreds inom skälig tid, vilket också indikerar att de "fastnar" på vägen.

## Har avvikelserrapporteringen utgjort underlag för ett systematiskt förbättringsarbete?



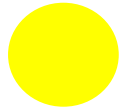
Nej, avvikelshantering har inte utgjort underlag för ett systematiskt förbättringsarbete. Den övergripande analys som finns i patientsäkerhetsberättelsen, avser endast HSL-avvikelser. Det finns ingen analys i kvalitetsberättelsen avseende SOL-avvikelser. Det är inte tydligt hur enhetschefer och verksamhetschefer ska arbeta med sammanställning och analys, något som bekräftas av intervjuade i granskningen, som menar att det systematiska förbättringsarbetet saknas. En jämförelse av inrapporterade avvikelser per enhet stärker denna bild, då det finns stora variationer mellan enheterna, något som inte undersökts närmare.



# Svar på revisionsfrågor 2 (2)

---

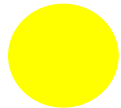
## Finns det tillräckliga riktlinjer för klagomålshantering?



Delvis. Det finns en skriftlig rutin för klagomålshantering, men det finns en osäkerhet i om alla klagomål och synpunkter registreras eller om de först registreras om de inte går att lösa i dialog.

Det finns ingen analys av klagomål och synpunkter.

## Sker uppföljning och kontroll av de privata utförarnas avvikelshantering?



Delvis, det sker uppföljning, men på olika sätt eftersom de privata utförarna har olika bestämmelser om detta i sina avtal. De privata utförarna har inte tillgång till kommunens system på samma sätt som kommunens egen verksamhet och personal har. Till följd av att de privata utförarna rapporterar sina avvikelser på olika sätt framkom det i intervjuer att det förefaller oklart hur de privata utförarnas avvikelser aggregeras i verksamhetsstatistiken.



01

Slutsatser och  
rekommendationer,  
inledning



02

Iakttagelser



03

Sammanfattning,  
bedömning och svar på  
revisionsfrågor



04

Källförteckning och bilagor

# Källförteckning

---

## Dokumentstudier

- ▶ Avtal Attendo Sverige AB
- ▶ Avtal 1:a Omtanken AB
- ▶ Intern kontroll 2021
- ▶ Intern kontroll 2022
- ▶ Kvalitetsberättelse för vårdgivare - Vård och omsorgsförvaltningen 2022
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse - Vård och omsorgsförvaltningen 2022
- ▶ Riktlinjer för vård- och omsorgsförvaltningens uppföljning av verksamhet som bedrivs av kommunen samt privata utförare
- ▶ Rutin avvikelshantering (inkl. klagomålshantering)
- ▶ Rutin egenkontroller
- ▶ Rutin avvikelshantering (Attendo)
- ▶ Rutin avvikelshantering (1:a Omtanken)
- ▶ Verksamhetsuppföljning 2022
- ▶ Årsredovisning 2022

## Intervjuer

- ▶ Verksamhetschef hemtjänst
- ▶ Enhetschef inom hemtjänst
- ▶ Enhetschef inom särskilt boende
- ▶ Förvaltningschef vård och omsorg
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens presidium
- ▶ Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS)
- ▶ Kvalitets- och verksamhetsutvecklare
- ▶ VD 1a Omtanken
- ▶ Medarbetare 1a Omtanken
- ▶ Verksamhetschef Attendo
- ▶ Biträdande verksamhetschef Attendo

21 augusti 2023

Rapporten framtagen av Sara Shamekhi, granskningsledare och Charlotte Ahlström, granskningsmedarbetare, EY

# Bilaga 1. Rutin för avvikelshantering

## Att rapportera avvikelse

### Rapportering i avvikelssystemet

- ▶ I systemet väljs den organisation där avvikelserna skett, på så sätt kommer avvikelserna till ansvarig enhetschef som är huvudansvarig för avvikelserna. På intranätet finns instruktion om skillnad mellan "annan avvikelse" och "vårdskada".

### Utredare

- ▶ I normalfallet utreder respektive enhetschef avvikelser på den egna enheten.
- ▶ Om avvikelserna rör insatser enligt SoL eller LSS och som bedöms vara av mer allvarlig karaktär läggs kvalitets- och verksamhetsutvecklare om utredare.
- ▶ Om avvikelserna rör insatser enligt HSL som inneburit vårdskada eller risk för vårdskada läggs MAS som utredare.

## Utredarens ansvar

### Ansvarig utredare ansvarar för:

- ▶ Att vid behov vidta åtgärder utan dröjsmål.
- ▶ Göra utredning och dokumentera avvikelserna i systemet. Utredningen av avvikelserna innefattar klassificering, åtgärder, uppföljning, statistik och avslut.
- ▶ Risk- och händelseanalys av sannolikhet och allvarlighetsgrad. Där teamet eller andra professioner är berörda ska även dessa vara delaktiga i risk- och händelseanalysen.
- ▶ Risk- och händelseanalysen avgör ärendets vidare hantering. Om utredningen visar att avvikelserna rör en annan huvudman ska MAS läggas som utredare och skickas avvikelserna till berörd huvudman.

## Risk- och händelseanalys

### Analys som ger 0-8 poäng

1. **Utredning** görs av enhetschefen på berörd enhet, i samråd med teamet eller annan profession där det är aktuellt. All dokumentation sker i avvikelssystemet. Utredaren kan dela avvikelserna med andra professioner.
2. **Åtgärder** genomförs på den egna enheten, i samråd där det är aktuellt.
3. **Uppföljning** genomförs på den egna enheten, i samråd där det är aktuellt.
4. **Utredaren** ansvarar för att sprida kunskap som framkommit i utredningen, till de som bedöms kunna dra nytta av den.

### Analys som ger 9-16 poäng

1. **Utredning** tas över och görs av MAS eller kvalitets- och verksamhetsutvecklaren. Utredning enligt lex Maria görs av MAS. Utredning enligt lex Sarah görs av kvalitets- och verksamhetsutvecklaren.
2. **Åtgärder** genomförs på den egna enheten, i samråd där det är aktuellt.
3. **Uppföljning** genomförs på den egna enheten, i samråd där det är aktuellt.
4. **Avvikelsen avslutas.**
5. **Utredaren** ansvarar för att sprida kunskap som framkommit i utredningen, till de som bedöms kunna dra nytta av den.