



CONECTURA
VERKSAMHETSUTVECKLING

Granskning av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vård- och omsorgsnämnden

Innehållsförteckning

	Sida
1. Inledning	5-8
1.1 Bakgrund, avgränsning syfte och revisionsfrågor	6
1.2 Uppföljningsgranskning, ansvar och revisionskriterier	7
1.3 Metod och kvalitet	8
2. Resultat av granskningen	9-20
2.1 Revisionskriterier	10
2.2 Kvalitetsledningssystemets omfattning och uppbyggnad	11-12
2.3 Implementering och tillgänglighet	13-14
2.4 Roll- och ansvarsfördelning, uppdatering av processer och rutiner	15-16
2.5 Rättssäker dokumentation	17
2.6 Systematiskt förbättringsarbete och personalens medverkan	18
2.7 Avvikelsehantering	19
2.8 Uppföljning av kvalitetsarbetet	20
3. Uppföljningsgranskning Synpunkter och klagomål	22-23
3.1 Uppföljning Synpunkter och klagomål	23
4. Slutsats och rekommendationer	24-25
4.1 Slutsats och rekommendationer	25
Undertecknande	26
Dokumentlista	27
Intervjuade	28



Sammanfattning

Bakgrund och syfte

På uppdrag av Stadsrevisionen i Helsingborgs stad har Conectura genomfört en fördjupad granskning av vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Syftet har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har ett ändamålsenligt och tillräckligt utvecklat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Utifrån tidigare genomförda granskningar har revisorerna noterat risker att det systematiska kvalitetsarbetet inte är tillräckligt systematiskt för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet inom vård och omsorg och socialtjänstens verksamheter.

Utöver granskningen har också en uppföljning av tidigare granskning avseende nämndens arbete med inkommande synpunkter och klagomål genomförts.

Resultat av granskningen/slutsats

Enligt föreskrift SOSFS 2011:9 ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Ledningssystemet ska anpassas till den egna verksamhetens inriktning och omfattning. De lagar och föreskrifter som styr verksamheten ska identifieras liksom de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Processerna och rutinerna i ledningssystemet ska vara dokumenterade. Utförare och myndighetsenheten ska säkerställa att ledningssystemet efterlevs och följs upp.

Av granskningen framkommer att nämndens dokumentation för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas som helhet inte har reviderats sedan 2019. Vidare framkommer att dokumentet saknar tydlighet avseende kvalitetssystemets roll- och ansvarsfördelning. Det innebär enligt vår bedömning att det finns brister avseende dokumentationen av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och anpassning till nämndens verksamhet. En revidering av styrdokument och slutförande av införandet av kvalitetssystemet är nödvändigt. Enligt vår bedömning fanns brister i implementeringsinsatsen när kvalitetsledningssystemet driftsattes. Därefter har det inte skett någon samlad utbildningsinsats utifrån uppdateringar och ändringar. Rapportering av identifierade avvikelser behöver säkerställas inom hela organisationen. Processerna för utredning och åtgärd är ännu inte tillräckligt tydliga.

Vi ser att det finns en medvetenhet om bristerna i verksamheten och att det påbörjats ett omtagsarbete, vilket vi ser positivt på.

Revisionell bedömning

Vår samlande bedömning utifrån granskningens syfte är att vård- och omsorgsnämnden delvis säkerställt ett ändamålsenligt och tillräckligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Rekommendationer:

- Uppdatera styrdokument *Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*
- Säkerställ att kvalitetsledningssystemet färdigställs och implementeras
- Förtydliga kvalitetsledningssystemets roller och ansvar i styrande dokument
- Utveckla rapportering avseende analyser, åtgärder och resultat av åtgärder

Sammanfattning uppföljning

Nämndens arbete avseende synpunkter och klagomål

En uppföljning av tidigare granskning av synpunkts- och klagomålshanteringen har utförts. Av uppföljningen framkommer att det finns information om var man bör vända sig för att framföra synpunkter/klagomål på verksamheten och det finns möjlighet för registrering och hantering av inkomna synpunkter/klagomål. Rutiner för utredning och uppföljning av synpunkter/klagomål har tagits fram och används. Erfarenheter från hanteringen av synpunkter/klagomål används i det ständiga förbättringsarbetet, men analysarbetet behöver förbättras.

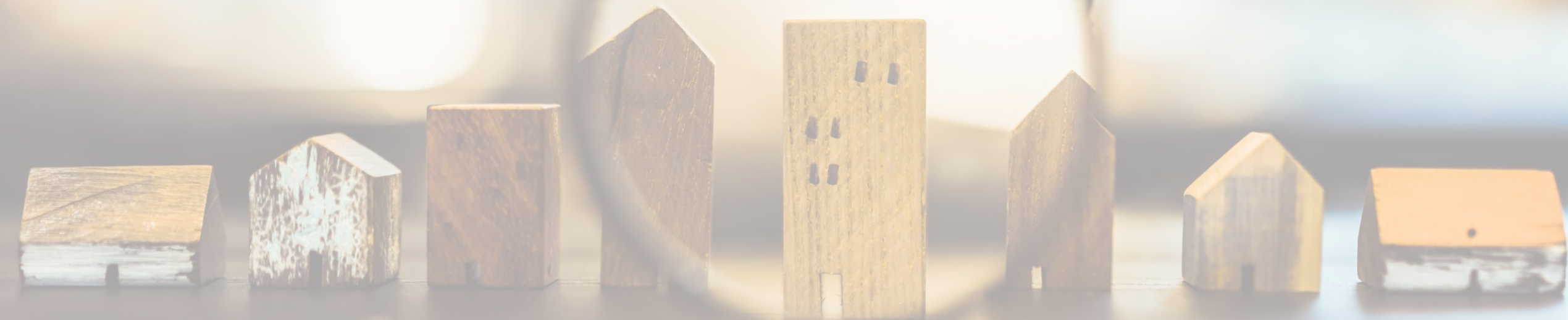
Sammantaget gör vi bedömningen att nämnden har vidtagit åtgärder utifrån resultatet av den tidigare genomförda granskningen. Vi ser dock ett fortsatt behov av att stärka analysarbetet.

Forts. Sammanfattning

Revisionsfrågor	Bedömning
Finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar alla de områden som anges i SOSFS 2011:9? Är uppbyggnaden av kvalitetsledningssystemet tillräckligt tydlig?	Allvarlig avvikelse, bör hanteras skyndsamt 
Är kvalitetsledningssystemet implementerat i verksamheterna i tillräcklig omfattning? Finns styrdokument och instruktioner avseende kvalitetsledningssystemet?	Allvarlig avvikelse, bör hanteras skyndsamt 
Säkerställs att kvalitetsledningssystemet är tillgängligt och förståeligt för alla medarbetare? Erbjuds utbildningar och stöd för att säkerställa att personalen kan medverka effektivt?	Större avvikelse, bör hanteras 
Är roll- och ansvarsfördelning avseende kvalitetsledningsarbetet tydlig och dokumenterad? Säkerställs att alla medarbetare är medvetna om sina ansvarsområden?	Större avvikelse, bör hanteras 
Finns det en process för att regelbundet uppdatera processer, aktiviteter, rutiner och instruktioner?	Mindre avvikelse, bör hanteras i samband med annan revidering 
Säkerställs att social dokumentation följer gällande föreskrifter och riktlinjer? Finns det rutiner för att regelbundet granska och förbättra social dokumentation?	Mindre avvikelse, bör hanteras i samband med annan revidering 

Revisionsfrågor	Bedömning
Används kvalitetsledningssystemet för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet?	Större avvikelse, bör hanteras 
Involveras personalen i kvalitetsarbetet och uppmuntras deras deltagande?	Mindre avvikelse, bör hanteras i samband med annan revidering 
Identifieras och dokumenteras avvikelser inom kvalitetsarbetet? Vilka processer finns för att analysera och åtgärda avvikelser?	Mindre avvikelse, bör hanteras i samband med annan revidering 
Följer nämnderna upp kvalitetsledningsarbetet i tillräcklig utsträckning?	Större avvikelse, bör hanteras 

1. Inledning



1.1 Bakgrund, avgränsning , syfte och revisionsfrågor

Bakgrund

Kommunen har enligt socialtjänstlagen ett ansvar för att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskriften omfattar bland annat hälso- och sjukvårdslagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och socialtjänstlagen. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Föreskriften tydliggör krav på riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, personalens medverkan i kvalitetsarbetet och dokumentationsskyldighet.

Utifrån tidigare genomförda granskningar har revisorerna noterat risker att det systematiska kvalitetsarbetet inte är tillräckligt systematiskt för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet inom vård- och omsorgsnämndens samt socialnämndens verksamheter, varpå de förtroendevalda revisorerna har beslutat att genomföra en granskning inom området.

I samband med genomförandet av granskningen kommer även en uppföljning av tidigare granskning av socialnämndens och vård- och omsorgsnämndens klagomålshantering (2023) att genomföras.

De förtroendevalda revisorerna i revisorsgrupp 2 har utifrån sin riskanalys beslutat att göra en granskning av hur berörda nämnder säkerställer ett ändamålsenligt och tillräckligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Avgränsning

Granskningen avser Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden har ett ändamålsenligt och tillräckligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Granskningen berör följande revisionsfrågor:

- Finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar alla de områden som anges i SOSFS 2011:9? Är uppbyggnaden av kvalitetsledningssystemet tillräckligt tydlig?
- Är kvalitetsledningssystemet implementerat i verksamheterna i tillräcklig omfattning? Finns styrdokument och instruktioner avseende kvalitetsledningssystemet?
- Säkerställs att kvalitetsledningssystemet är tillgängligt och förståeligt för alla medarbetare? Erbjuds utbildningar och stöd för att säkerställa att personalen kan medverka effektivt?
- Är roll- och ansvarsfördelning avseende kvalitetsledningsarbetet tydlig och dokumenterad? Säkerställs att alla medarbetare är medvetna om sina ansvarsområden?
- Finns det en process för att regelbundet uppdatera processer, aktiviteter, rutiner och instruktioner?
- Säkerställs att social dokumentation följer gällande föreskrifter och riktlinjer? Finns det rutiner för att regelbundet granska och förbättra social dokumentation?
- Används kvalitetsledningssystemet för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet?
- Involveras personalen i kvalitetsarbetet och uppmuntras deras deltagande?
- Identifieras och dokumenteras avvikelser inom kvalitetsarbetet? Vilka processer finns för att analysera och åtgärda avvikelser?
- Följer nämnderna upp kvalitetsledningsarbetet i tillräcklig utsträckning?

1.2 Uppföljningsgranskning, ansvar och revisionskriterier

Uppföljningsgranskning

Uppföljningsgranskning av klagomålshantering har skett genom intervjuer med nyckelpersoner för att ge underlag till att bedöma om nämnden vidtagit åtgärder utifrån resultatet av tidigare genomförda granskningar. Nedan följer exempel på frågor som ställs för att göra bedömningen.

Finns information om var man bör vända sig för att framföra synpunkter/klagomål på verksamheten? Är informationen känd i verksamheten?

Finns möjlighet för registrering och hantering av inkomna synpunkter/klagomål? Är den känd i verksamheten?

Finns rutiner för utredning och uppföljning av synpunkter/klagomål?

Används erfarenheter från hanteringen av synpunkter/klagomål i det ständiga förbättringsarbetet?

Ansvarig nämnd/styrelse

Granskningen är uppdelad i två rapporter. Denna rapport avser vård- och omsorgsnämnden.

Revisionskriterier

Revisionskriterierna för granskningen utgörs av:

Kommunallag (2017:725) 6 kap, 6§.

Socialtjänstlag (2025:400) 5 kap, 1-2§§.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 5 kap, 4§.

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, 6§.

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

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

Tillämpliga interna regelverk, policys och beslut.

1.3 Metod och kvalitet

Metod

Granskningen har genomförts dels genom intervjuer med identifierade nyckelpersoner inom området och dels genom dokumentstudier av styrdokument/rutiner och dokumentation avseende nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt genomgång av ledningssystemens uppbyggnad och funktion.

Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, samt handbok för tillämpning av föreskriften har varit utgångspunkt för granskningen. En lista på granskade dokument och intervjuade funktioner finns sist i rapporten.

Uppföljningsgranskningen av klagomålshanteringen har skett genom att uppföljande frågor ställts till berörda nyckelfunktioner inom nämnden med utgångspunkt i tidigare granskningar inom vård- och omsorgsnämnden.

Kvalitetssäkring

Rapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med Conecturas kvalitetssäkringsrutiner. Rapporten har även faktakontrollerats av för granskningen relevanta personer.

Prövning av oberoende

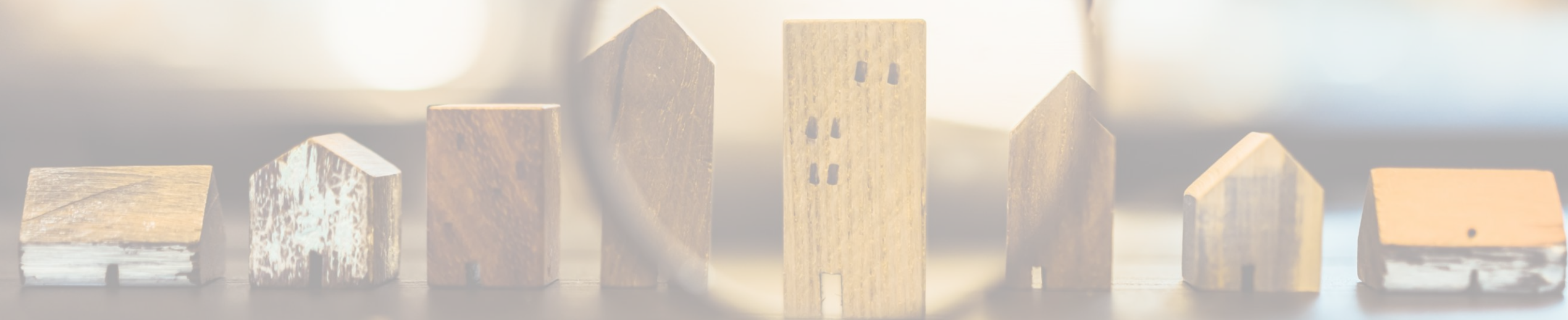
Conectura har i enlighet med SKYREV:s rekommendation nummer 2, provat så att vi är oberoende i uppdraget. Vår bedömning är att det inte finns några hinder för oberoendet. Oberoendeprovningen omfattar egenintresse, självgranskning, partsställning, vänskap/relationer, skrämsel/hot samt övriga hot.

Vår (yrkesrevisorns) bedömningsskala

Bedömningsskalan syftar till att ge en snabb överblick över nuläget i granskad verksamhet. Nackdelen med en bedömningsskala likt denna är att den blir lite trubbig. Utifrån det är det nödvändigt att läsa rapporten för kunna fånga nyanser och se vad avvikelserna består i.

-
-  **Rött** – Allvarlig avvikelse, bör hanteras skyndsamt
 -  **Orange** – Större avvikelse, bör hanteras
 -  **Gult** – Mindre avvikelse, bör noteras och hanteras i samband med annan revidering
 -  **Grönt** – Inga noterade avvikelser

2. Resultat av granskning



2.1 Revisionskriterier

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOF SF 2011:9)

1 kap. Tillämpningsområde Föreskriften gäller för arbete med systematisk kvalitetssäkring och utveckling inom hälso- och sjukvård, tandvård, verksamhet enligt LSS samt socialtjänst. Den omfattar även systematiskt patientsäkerhetsarbete.

2 kap. Definitioner Här definieras centrala begrepp som hälso- och sjukvård, vårdgivare, socialtjänst, ledningssystem, process, kvalitet, egenkontroll, vårdskada och allvarlig vårdskada. Definitionerna klargör vem som omfattas av reglerna och vilka krav som gäller.

3 kap. Ansvar för och användning av ledningssystem Vårdgivare och de som bedriver socialtjänst/LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för systematisk kvalitetsutveckling. Ledningssystemet ska användas för att planera, leda, följa upp och förbättra verksamheten, samt tydligt fördela ansvar för kvalitetsarbetet.

4 kap. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad Ledningssystemet ska anpassas efter verksamhetens omfattning och inriktning. Processer och rutiner för kvalitetssäkring ska identifieras, beskrivas och fastställas. Samverkan inom och mellan verksamheter ska säkerställas, både för socialtjänst/LSS och hälso- och sjukvård.

5 kap. Systematiskt förbättringsarbete Här regleras krav på riskanalys, egenkontroll och hantering av klagomål/synpunkter. Rapporteringsskyldighet och utredning av avvikelser anges, samt att inkomna rapporter ska analyseras för att identifiera brister. Förbättringsåtgärder ska vidtas och processer/rutiner justeras vid behov.

6 kap. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet Personal ska arbeta enligt ledningssystemets processer och rutiner. Det betonas att personal inom både hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS har skyldighet att medverka till god kvalitet och hög patientsäkerhet.

7 kap. Dokumentationsskyldighet Kvalitetsarbetet ska dokumenteras. En årlig kvalitetsberättelse bör tas fram och hållas tillgänglig. För vårdgivare regleras även en årlig patientsäkerhetsberättelse, som ska innehålla uppgifter om ansvarsfördelning, genomförda åtgärder, samverkan, riskhantering och utredningar av vårdskador.



2.2 Kvalitetsledningssystemets omfattning och uppbyggnad

Iakttagelser

Styrande dokument

Vård- och omsorgsnämnden har tagit fram ett styrande dokument där nämndens arbete med systematiskt kvalitetsarbete beskrivs – *Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Dokumentet är fastställt av nämnden 2019-12-10 och har inte reviderats sedan dess. Dokumentet beskriver bland annat ledningssystemets uppbyggnad, nämndens ansvar och ansvarsområde, definitioner, arbetet med uppföljning, utvärdering och struktur. Av dokumentet framkommer att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade. Även arbetet med riskanalyser, egenkontroller, hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter samt rapporter liksom vilka förbättrande åtgärder som det finns behov av. Rapportering till nämnd ska ske i form av kvalitetsrapport, avtalsuppföljning, kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse samt anmälningsärenden. Ett årshjul visar planerade aktiviteter och när aktiviteterna ska göras under året.

Nytt systemstöd för systematiskt kvalitetsarbete

I Intervjuer och i dokumentation beskrivs att Vård- och omsorgsförvaltningen (VoF) omkring år 2020 sett behov av att förbättra det befintliga ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete (utifrån föreskriften 2011:9). Under december 2020 startade ett projekt på VoF föranlett av en förstudie med syftet att kartlägga verksamhetens processer. Beslut togs därefter om att köpa in ett digitalt stöd för kvalitetsarbetet. I mars 2021 fattade VoF beslut om att köpa in systemet Canea som digitalt stöd. Socialförvaltningens styrgrupp fattade strax efter ett beslut om att ingå i inköpet. Motiv till att de två förvaltningarna gick ihop och gjorde ett gemensamt inköp anges vara förväntade synergieffekter och lägre årskostnader än nuvarande system.

Under 2021-2023 pågick den aktiva fasen av VoF:s arbete med att sätta upp ledningssystemet Canea som nytt kvalitetsledningssystem för sin kärnverksamhet. Arbetet har utgått från verksamhetens huvudprocess – *kundens resa*. Det inköpta stödsystemet för kvalitetsledning har kapacitet att omfatta alla de områden som anges i föreskriften men det utnyttjas inte helt i dagsläget.

Det har enligt intervjuerna varit ett omfattande arbete att identifiera processer och uppdatera de mest centrala riktlinjerna och rutinerna. I intervjuerna beskrivs att arbetet inte är färdigställt i flera avseenden. Riktlinjer, rutiner, manualer, blanketter osv. finns att hitta i såväl Canea som i det tidigare ledningssystemet KUL då en fullständig överföring inte har skett. Under våren har en sammanställning av alla dokument gjorts men arbetet med att föra över dokument pågår.

Det kvarstår alltså ännu att se över och flytta rutiner och arbetsinstruktioner från det tidigare ledningssystemet KUL. Det förekommer också att instruktioner och rutiner finns kvar på intranätet eller Teams. Då det funnits en osäkerhet om vad som ska publiceras i Canea förtydligades detta av förvaltningsdirektören i juni 2025 genom ett meddelande på intranätet. I meddelandet konstateras att det idag finns riktlinjer och rutiner på fyra olika ställen: intranätet under stöd i arbetet (på flera platser), gamla KUL, Teams och Canea. Samtliga avdelningar har fått i uppdrag att se över och flytta material till rätt kanal och system. Det gäller till exempel riktlinjer, rutiner, checklistor och anvisningar som fortsatt finns kvar i det gamla ledningssystemet KUL. Arbetet med flytt av material ska vara klart till den 31 december 2025.

Stödprocesser avseende ekonomi, personal, administration och kommunikation har hittills inte innefattats i Canea, men det finns en planering för att presentera även dessa processer i Canea från och med nästa år.

2.2 Kvalitetsledningssystemets omfattning och uppbyggnad

Granskarens kommentarer

Enligt föreskriften ska ledningssystemet anpassas till den egna verksamhetens inriktning och omfattning. De lagar och föreskrifter som styr verksamheten ska identifieras liksom de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Processerna och rutinerna i ledningssystemet ska vara dokumenterade. Utförare och myndighetsenheten ska säkerställa att ledningssystemet efterlevs och följs upp.

Det styrande dokumentet som nämnden fastställt 2019 ger ett visst stöd för vad som behöver genomföras, men dokumentet har inte uppdaterats och det saknar en rad viktiga moment, till exempel tydlig beskrivning av ledningssystemets roller och ansvar och hur personalens medverkan ska ske för att involveras i det ständiga förbättringsarbetet.

Vi ser att det digitala kvalitetsledningssystemet (Canea) i sin kapacitet kan omfatta alla krav enligt SOSFS 2011:9, men kvalitetsledningssystemet är ännu inte färdigställt då vissa processer och rutiner ännu inte är överförda eller uppdaterade.

I intervjuerna beskrivs en oklarhet kring vad som ska publiceras i systemet. Detta är olyckligt då det skapar osäkerhet. Vi ser att det i dagsläget saknas en tydlig samsyn avseende ansvar och användning för ledningssystemet genom hela organisationen från kvalitetsenheten till chefer nära medarbetare och brukare. Åtgärden i form av meddelande på intranät att sammanföra dokument till Canea innan årsskiftet ser vi positivt på. För att säkerställa att åtgärden får efterfrågad effekt rekommenderar vi att det sker en uppföljning inför årsskiftet av att samtliga avdelningar har flyttat material till rätt kanal och system. Om åtgärden visar sig vara otillräcklig anser vi att nämnden bör överväga om det därutöver ska tas fram en plan för hur kvalitetsledningssystemet ska färdigställas.

Granskarens bedömning:

Enligt vår bedömning finns ett kvalitetsledningssystem som omfattar huvuddelen av kraven, men brister kvarstår avseende tydlighet i styrande dokument, fullständighet samt uppdatering. En revidering av dokument och slutförande av införandet av kvalitetssystemet är nödvändigt. Vi rekommenderar nämnden att revidera styrdokument för kvalitetsledning för systematiskt kvalitetsarbetet och vi rekommenderar att kvalitetsledningssystemet färdigställs.

Revisionsfråga

Bedömning

Finns ett dokumenterat kvalitetsledningssystem som omfattar alla de områden som anges i SOSFS 2011:9?
Är uppbyggnaden av kvalitetsledningssystemet tillräckligt tydlig?

Allvarlig avvikelse,
bör hanteras
skyndsamt



Rekommendationer:

- Uppdatera styrdokument Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Säkerställ att kvalitetsledningssystemet färdigställs

2.3 Ledningssystemets implementering och tillgänglighet

Iakttagelser

Kvalitetsledningssystemet åskådliggörs via stödsystemet Canea som har funnits tillgängligt för medarbetare sedan 2023. I samband med att Canea driftsattes gjordes inte någon särskild implementeringssatsning. Systemet visades på enhetsträffar vid något eller några tillfällen där man översiktligt presenterade systemets uppbyggnad och hur man klickar sig fram till informationen. Instruktionsfilmer som visar hur man når och använder kvalitetsledningssystemet finns tillgängligt via intranätets utbildningsportal, Hgb-learns. Då kvalitetsledningssystemet utvecklas alltså är dock inte instruktionsfilmerna uppdaterade.

Medarbetare inom kvalitetsenheten har en god förståelse för systemets uppbyggnad och funktion men implementeringen i de olika verksamheterna skiljer sig åt. I intervjuerna varierar svaren från att man använder Canea ofta, flera gånger per vecka, till att man inte använder verksamhetssystemet alls för att söka efter rutiner då man inte hittar de arbetsrutiner som behövs. Istället för att gå till verksamhetssystemet frågar man en kollega eller sin chef. Vanligtvis laddas de rutiner som används frekvent ned till den lokala datorn eller så skrivs rutinerna ut och förvaras i en pärm. Anledningen till att Canea inte används beskrivs vara att man inte hittar till eller i systemet, att det är svårt att söka och navigera i systemet eller att rutinerna som man behöver inte finns i Canea. Rutiner kan förvaras på flera ställen, Canea, KUL eller Teams, till exempel.

I intervjuerna bland linjechefer och medarbetare framkommer ett önskemål att få mer information och kunskap i att använda Canea. Linjecheferna beskrivs behöva mer stöd i att informera om systemet. Återkommande chefsbyten och byten av medarbetare på strategiska tjänster anses påverka kontinuiteten och försvåra utvecklingsarbetet.

I samband med introduktionen av nya medarbetare ska det informeras om Canea men de intervjuade beskriver att det saknas en övergripande strategi för introduktion och det är upp till respektive enhetschef hur introduktionen av Canea ska gå till. I intervjuerna beskrivs att den ansvarige chefen brukar visa systemet, men det blir en visning som påverkas av chefens egna kunskapsnivå.

Projekt för omtag implementation

Som tidigare nämnts beskrivs en medvetenhet hos kvalitetsenheten om utmaningarna att nå ut med kunskap om kvalitetsledningssystemet i hela organisationen. Detta har lett till att det planeras ett omtag av ledningssystemets utformning och implementering. Under tiden för granskningen tas ett projektdirektiv fram och en processledare anställs från och med hösten 2025 för att se över vilka insatser som behöver göras. Inför projektet har det diskuterats att dela upp huvudprocessen utifrån olika verksamhetsgrenar för att skapa en tydligare struktur och för att dokument som tillhör respektive moment ska bli lättare att eftersöka.

2.3 Ledningssystemets implementering och tillgänglighet

Granskarens kommentar:

Granskningen visar att implementeringsinsatsen när kvalitetsledningssystemet driftsattes var bristfällig. Därefter har det inte skett någon samlad utbildningsinsats utifrån uppdateringar och ändringar. Kvalitetsledningssystemet är tillgängligt för alla men är enligt vår bedömning inte helt förståeligt för alla medarbetare. Medarbetare med vårdnära arbetsuppgifter vittnar om svårigheter att använda ledningssystemet i sitt dagliga arbete på grund av att sökvägar och systemets funktioner inte är tillräckligt kända. Därtill finns inte alla rutiner som behövs för att kvalitetssäkra det dagliga arbetet samlat i Canea. Rutiner laddas ofta ner eller skrivs ut, vilket riskerar att leda till att föråldrad information används. Det finns instruktionsfilmer som ska ge vägledning inför användandet men då de inte är uppdaterade är de inte ett tillräckligt stöd för medarbetaren att lära sig att använda systemet som tänkt.

Vidare visar granskningen att det är känt i verksamheten att systemet inte är fullständigt och att det inte används av medarbetare på det sätt som systemet är tänkt. Vi ser därmed positivt på att verksamheten planerar för ett ”omtag” avseende implementeringen. För att säkerställa att omtagsprojektet leder till att kvalitetsledningssystemet blir fullständigt och att linjechefer och medarbetare känner sig trygga att använda systemet fullt ut rekommenderar vi nämnden att följa upp omtagsprojektets genomförande och implementeringsarbete. Vi har också sett brister i introduktionen för nyanställda vad gäller kvalitetsledningssystemet. Då det saknas en kvalitetssäkrad strategi för introduktion i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete rekommenderar vi nämnden att ta fram en sådan.

Granskarens bedömning:

Enligt vår bedömning brister implementeringen så till vida att den delen av verksamheten som arbetar i det kund-/brukarnära arbetet inte har tillräckligt stöd för sitt arbete och att kvaliteten därmed inte kan säkerställas. Vi anser också att det saknas en tydlig instruktion i hur systemet ska användas. Kvalitetsledningssystemets tillgänglighet brister då systemet inte är fullständigt och tillräckligt förståeligt för medarbetarna och det är svårt att hitta behövliga dokument. Hittills har inte tillräckligt med utbildningsinsatser erbjudits för att säkerställa medarbetarnas medverkan. Därutöver bedömer vi att introduktionen till nyanställda brister och föreslår att det tas fram en strategi för hur nyanställda ska introduceras.

Revisionsfråga	Bedömning
Är kvalitetsledningssystemet implementerat i verksamheterna i tillräcklig omfattning? Finns styrdokument och instruktioner avseende kvalitetsledningssystemet?	Allvarlig avvikelse, bör hanteras skyndsamt 
Säkerställs att kvalitetsledningssystemet är tillgängligt och förståeligt för alla medarbetare? Erbjuds utbildningar och stöd för att säkerställa att personalen kan medverka effektivt?	Större avvikelse, bör hanteras 

Rekommendation:

- Säkerställ att implementeringen av ledningssystemet är tillräcklig

2.4 Roll- och ansvarsfördelning, uppdatering av processer och rutiner

Iakttagelser

Av dokumentgranskningen framkommer att det i det styrande dokumentet – *Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* saknas en tydlig roll- och ansvarsfördelning av de olika arbetsmomenten. Även intervjuer stödjer bilden att det styrande dokumentet behöver uppdateras då det inte har setts över sedan 2019 och anses ha brister avseende t.ex. roll- och ansvarsfördelning.

Stödsystemet Canea ger utifrån sin utformning tydlighet avseende roller och ansvar för såväl processer som rutindokument. För varje fastställd process utses en *processägare*. Processägare ska ansvara för att respektive process är ändamålsenlig, effektiv, flexibel och används i hög grad i verksamheten.

Andra roller som ska utses är:

- *processledare* som ska leda och genomföra praktiskt arbete med att utveckla processen,
- *processteamet* som består av medarbetare från processens olika delar ska arbeta med utveckling och förbättring av processen tillsammans med processledaren,
- *processhändare* är en metodkunnig stödperson som hjälper processägare, processledare och team med metodik och processkunskap.

Den som upprättat rutindokumentet står som dokumentansvarig och det innebär bland annat ansvar för att dokumentet är relevant och uppdaterat. Processer och dokument måste uppdateras varje år och det finns automatiserad påminnelse om uppdateringsbehov, dessutom finns en spårbarhet av dokumentets förändringar. Ytterst ansvarar kvalitetschefen för att rutindokument som tillhör kvalitetsenheten hålls uppdaterade och relevanta medan linjechefer i verkställigheten ansvarar för att de arbetsrutiner som behövs för att kvalitetssäkra arbetet närmast den enskilde finns på plats och är uppdaterade.

I intervjuerna framkommer att det finns förutsättningar för tydlighet utifrån stödsystemet men i verksamheten kvarstår otydlighet. Det yttrar sig bland annat i hur ansvar för dokument och processer överförs till nyanställd i Canea i samband med att medarbetare slutar, byter tjänst, är sjukskriven eller föräldraledig etc. Detta då det saknas tydlighet runt hur ny dokumentägare utses. Det framkommer i intervjuer att det finns gott om dokument utan aktuell ansvarig och att det råder stor osäkerhet avseende uppdateringar i dessa fall.

I intervjuerna beskrivs att verksamheten avsett att inrätta processråd med kompetenser från olika verksamheter för att förbättra samverkan mellan enheter och verksamheter och för att kvalitetssäkra processer och rutiner. Till exempel lyfts att man ska ta upp ett dokument i processrådet inför att det ska publiceras i Canea när dokumentet gäller för flera verksamheter. Enligt intervjuerna har en del av de utsedda processråden inte riktigt kommit igång, alternativt inte hållits vid liv. Dock uppges att det finns planer på att återuppta arbetet i denna form.

Organisationsförändring

I januari 2024 gjordes en större organisationsförändring i syfte att förbättra verksamhetsstyrningen. Förvaltningens kärnverksamhet delades upp i två avdelningar – äldreomsorgsavdelningen och funktionsstödsavdelningen. Respektive avdelning leds av ett nytt chefsled – avdelningschefer. Det är oklart om ansvarsfördelningen för systematiskt kvalitetsarbete blev förtydligat i samband med förändringen. I intervjuer beskrivs omorganisationen ha bidragit till ytterligare otydlighet avseende ansvar. I samband med organisationsförändringen delades också enheten för kvalitet och utveckling upp i separata enheter, en kvalitetsenhet och två utvecklingsenheter. I intervjuerna beskrivs att organisationsförändringen inte har satt sig och frågor avseende roller och ansvar har ännu inte förtydligats. I intervjuerna beskrivs att ett utvecklingsarbete behöver genomföras för att cheferna ska kunna känna sig trygga i den nya organisationen och i deras ansvar för kvalitetsarbetet. Under våren beslutade nämnden om en revidering av nämndens arbetsinstruktioner. Där förtydligas chefens ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet.

2.4 Roll- och ansvarsfördelning, uppdatering av processer och rutiner

Granskarens kommentarer:

Enligt föreskriften ska nämnden identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.

Granskningen visar att kvalitetsarbetets roller och det ansvar som följer av respektive roll inte är tillräckligt tydligt dokumenterat och implementerat för att få genomslag i verksamheten. Systemstödet Canea beskriver roller och ansvar tydligt och systemet innehåller automatiserat stöd för att regelbundet uppdatera processer, aktiviteter, rutiner och instruktioner, men det saknas en tydlig koppling till praktisk tillämpning utifrån nämndens förutsättningar. Vi ser ett behov av att förtydliga ansvarsfördelningen för kvalitetsfrågorna och möjliggöra en organisationsövergripande helhetssyn och samsyn i kvalitetsarbetet. Att nämnden tagit initiativ till en revidering av arbetsinstruktioner kan eventuellt bidra till ökad tydlighet.

Utifrån ovan rekommenderar vi därmed att roller och ansvar förtydligas i styrande dokument i samband med revidering. Vi rekommenderar också att möjliggöra för en samsyn i hela organisationen avseende roller och ansvar i det systematiska kvalitetsarbetet.

Granskarens bedömning:

Vår bedömning är att roll- och ansvarsfördelningen avseende kvalitetsarbetet inte är tillräckligt tydligt dokumenterat och effektuerat för att säkerställa att alla medarbetare är medvetna om sitt ansvarsområde.

Det finns en process för att regelbundet uppdatera processer, aktiviteter, rutiner och instruktioner, men det saknas tydlighet i hur ansvar överflyttas vid personalförändringar.

Revisionsfråga	Bedömning
Är roll- och ansvarsfördelning avseende kvalitetsarbetet tydlig och dokumenterad? Säkerställs att alla medarbetare är medvetna om sina ansvarsområden?	Större avvikelse, bör hanteras 
Finns det en process för att regelbundet uppdatera processer, aktiviteter rutiner och instruktioner?	Mindre avvikelse, bör hanteras i samband med annan revidering 

Rekommendation:

- Förtydliga kvalitetsledningssystemets roller och ansvar i styrande dokument

2.5 Rättssäker dokumentation

Iakttagelser

I Canea finns publicerade rutiner för dokumentation, till exempel journalanteckningar och genomförandeplaner, som alla har tillgång till. Det är kvalitetsenheten som ansvarar för att rutinen följer gällande lag och föreskrift och att rutinen är reviderad. För att stärka stödet till medarbetare i det verksamhetsnära arbetet med dokumentationen finns utsedda dokumentationsombud och superanvändare. Dessa ska medverka till en rättssäker dokumentation. Den närmaste chefen har ansvar för att säkerställa dokumentationens kvalitet. I samband med uppföljning av egenkontroller följer kvalitetsenheten upp hur enhetschefer genomför uppföljningen. Detta sker genom frågor om medarbetare har kännedom om de dokumentationskrav som föreligger för verksamheten och en fråga om samtliga brukare/kunder har en aktuell genomförandeplan. Därutöver sker kollegial granskning av journaler.

Funktionen SAS (Socialt ansvarig socionom) utreder rapporter om Lex Sarah. Funktionerna MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska) och MAR (Medicinskt ansvarig för rehabilitering) utreder rapporter om Lex Maria. I samband med sådana utredningar granskas samtidigt dokumentationen och följsamhet till rutinerna. I de fall det inkommer ett större antal avvikelser angående bristande dokumentation kan kvalitetsutvecklaren SAS, MAS eller MAR medverka i utredningsprocessen men övertar inte ansvaret.

Varje år sker en fördjupad uppföljning av tio boenden/verksamheter inom vård- och omsorgsförvaltningens område och i samband med dessa granskningar utreds samtidigt dokumentationen.

I intervjuerna beskrivs att det ofta upptäcks brister som är gemensamma för flera verksamheter. Att utforma åtgärder och fördela stöd för att komma till rätta med bristerna åligger linjecheferna. I intervjuerna beskrivs att det kan vara svårt att utforma åtgärder och att arbetet med att säkerställa en korrekt och rättssäker dokumentation måste pågå över tid. Resultaten från egenkontroller rapporteras i kvalitetsberättelsen.

Granskarens kommentar:

Granskningen visar att det finns rutiner för dokumentation som är reviderade och som ska ge stöd till medarbetarna. Vi ser det som positivt att det finns stödjande funktioner riktade direkt till medarbetarna för hur dokumentationen ska utformas och registreras. Vi anser att den uppföljning av dokumentation som genomförs sker på ett tillräckligt sätt. Det kan ändå hända att brister i dokumentation uppstår, men vi bedömer att de rutiner för att upptäcka bristerna är tillräckliga även om fortsatt arbete med att åtgärda och förbättra kan krävas.

Granskarens bedömning:

Enligt vår bedömning säkerställs rutin för social dokumentation men det finns fortsatt behov av att stödja förbättringsarbetet av den social dokumentationen.

Revisionsfråga

Säkerställs att social dokumentation följer gällande föreskrifter och riktlinjer? Finns det rutiner för att regelbundet granska och förbättra social dokumentation?

Bedömning

Mindre avvikelse, bör hanteras i samband med annan revidering



2.6 Systematiskt förbättringsarbete och personalens medverkan

Iakttagelser

Systemstödet Canea har, som tidigare beskrivits, i sin uppbyggnad och förslag till organisering förutsättningar för ansvarsfördelning och för systematik för att fånga upp förbättringar. Systemstödet ger stöd för att inrätta olika forum för att föra upp frågor där behov av samverkan behövs, till exempel, frågor som ligger i gränlandet mellan olika ansvar (processråd, kvalitetsråd).

I intervjuerna framkommer en splittrad bild av på vilket sätt organisationen hanterar medarbetarens erfarenheter och hur det kan bidra till ständiga förbättringar. Å ena sidan beskrivs att det är enkelt att adressera ändringsförslag då det framgår vem som är dokumentägare/processägare, och att det finns mötesstruktur där man kan ta upp kvalitetsfrågor (processråd). Å andra sidan kan man som enhetschef uppleva att man har liten påverkansmöjlighet och att det är svårt att bidra till förbättringar. Intervjuer på övergripande nivå beskriver att organisationsstrukturen har slagit igenom olika väl inom organisationen och att det generellt inte finns en tillräckligt tydlig organisation för hur man inhämtar erfarenheter och sprider åtgärder på gruppnivå. Goda exempel sprids muntligt men det saknas en systematik för hur de goda exemplen sprids.

I Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2024 framkommer att riskanalyser har gjorts i verksamheten på olika nivåer. På gruppnivå har riskanalyser framförallt använts i förändringsarbete inom särskilt boende och funktionsstöd. Riskanalyser på individnivå har främst använts i samband med utredningar av Lex Sarah. Verksamheten har infört egenkontroller som har till syfte att fånga upp medarbetarnas medverkan i det systematiska kvalitetsarbetet och hur väl arbetet har utförts. Egenkontrollerna ska rapporteras till kvalitetsenheten innan sista december 2025 och resultatet av egenkontrollen kommer att presenteras i kommande kvalitetsberättelse.

Den interna samverkan beskrivs främst ske genom teamträffar och ledningsträffar. Rutinen för teamträffar ska revideras under året för att uppnå en bättre gemensam plattform med brukaren/patienten i fokus. I intervjuerna beskrivs samverkan i gränlandet mellan de olika lagrummen SoL (Socialtjänstlagen), LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade) och HSL (Hälso- och sjukvårdslagen) behöva förtydligas för att inte brister ska uppstå.

Granskarens kommentarer:

Enligt föreskriften ska nämnden bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet och nämnden ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Granskningen visar att systemstödet Canea erbjuder goda tekniska och organisatoriska möjligheter till ett systematiskt förbättringsarbete. Trots detta vittnar många intervjuade om svårigheter att få gehör för förändringsförslag eller spridning av förbättringsförslag. Det kan antas höra ihop med brister som beskrivits tidigare i granskningen såsom, ofullständig implementering av systemet, begränsad organisering av processråd, svårigheter att hitta bland dokumenten och plattformar för förvaring av dokument samt organisationsförändringar med ändrade roller och ansvar som följd. Även personalomsättning på strategiska tjänster kan påverka.

Bilden förstärker våra tidigare bedömningar och vi ser därmed positivt på arbetet med omtag av implementeringen av Canea.

Arbetet avseende samverkan mellan SoL, LSS och HSL behöver särskilt belysas då bristande samverkan riskerar att skapa osäkerhet och kvalitetsbrister i verksamheten.

Granskarens bedömning:

Vi bedömer att kvalitetsledningssystemet inte fullt ut används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Personalens involvering i kvalitetsarbetet är ojämnt fördelad inom verksamheten och kan förbättras.

Revisionsfråga	Bedömning
Används kvalitetsledningssystemet för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet?	Större avvikelse, bör hanteras 
Involveras personalen i kvalitetsarbetet och uppmuntras deras deltagande?	Mindre avvikelse, bör hanteras i samband med annan revidering 

2.7 Avvikelsehantering

Iakttagelser

All rapportering av avvikelser görs i dokumentationssystemet Life Care från och med oktober 2025. Tidigare gjordes avvikelser enligt SoL och LSS i Life Care och avvikelser enligt HSL i Procapita. Alla intervjuade känner till var man rapporterar en avvikelse, men det framkommer att det kan finnas viss osäkerhet runt rapporteringen. Det kan gälla villigheten att rapportera då man upplever att det kan upplevas som kritik mot en kollega eller arbetsplatsen.

I de uppföljningar som verksamheten gjort framkommer att rapporteringen av avvikelser varierar stort mellan olika enheter. Det finns enheter som rapporterar få eller inga avvikelser. I kvalitetsenhetens analys av orsaken till detta misstänks det bero på skillnader i vana att rapportera avvikelser och att det kan tyda på en underrapportering.

Som tidigare beskrivits är chef ansvarig för att utreda avvikelser inom den egna verksamheten. I tidigare organisering hade kvalitetsenheten ett större ansvar i utredningar av t.ex. avvikelser, men enligt rutin som gällt från och med hösten 2022 är närmaste chef ansvarig att utreda avvikelser inom den egna verksamheten. I intervjuerna framkommer att det fortsatt råder viss osäkerhet runt ansvaret att utreda och åtgärda. I vissa fall vet chefer om att ansvaret numer finns hos ansvarig chef men det finns ett fortsatt önskemål om att kvalitetsenheten ska hjälpa till, eller ge stöd.

Inom kvalitetsenheten är det känt att det finns en stor osäkerhet om ansvaret och hur utredningarna ska genomföras samt hur åtgärder utifrån avvikelserna ska utformas. Därav planeras en utbildningssatsning under hösten 2025. Utbildningen riktar sig i första hand till enhetschefer och legitimerad personal. Utbildningen ska också omfatta hur man informerar medarbetarna om ansvaret att rapportera avvikelser. Ett material för hur man utbildar samt processkarta finns tillgängligt i Canea.

Granskarens kommentarer:

När en verksamhet inte når upp till krav och mål enligt lagar, föreskrifter och beslut föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Sådana avvikelser ska åtgärdas så att verksamhetens kvalitet säkras.

Granskarens kommentarer forts.

Granskningen visar att det finns god kunskap i verksamheten om ansvaret för att rapportera avvikelser. Däremot finns en stor variation i benägenheten att rapportera avvikelser. Att rapportera och utreda avvikelser är ett viktigt moment inom det systematiska förbättringsarbetet och kan bidra till stor kunskap om de organisatoriska brister som kan finnas inom verksamheten. Det är därför av yttersta vikt att avvikelsehanteringen omges med en förståelse att det är händelsen som utreds. Utredningen ska bidra till att finna stödjande organisatoriska åtgärder och riktas inte mot enskilda medarbetare. Därmed ser vi positivt på den planerade utbildningsinsats som ska pågå under hösten 2025 i syfte att stärka kunskapen om rapportering, utredning samt att utforma åtgärder för att förhindra avvikelser.

Innan hösten 2022 hade kvalitetsenheten ansvar för att utreda avvikelser och utforma åtgärder. I intervjuerna har det framkommit att flera enhetschefer efterfrågar fortsatt stöd kring såväl utredning av avvikelser och utformningen av åtgärder. Vi ser det som ett tecken på att ytterligare stöd behövs för att säkerställa denna process.

Granskarens bedömning:

Rapportering av identifierade avvikelser behöver säkerställas inom hela organisationen. Processerna för utredning och åtgärd är ännu inte tillräckligt tydliga.

Revisionsfråga

Identifieras och dokumenteras avvikelser inom kvalitetsarbetet? Vilka processer finns för att analysera och åtgärda avvikelser?

Bedömning

Mindre avvikelse, bör hanteras i samband med annan revidering



2.8 Uppföljning av kvalitetsarbetet

Iakttagelser

Rapportering av kvalitetsarbetet sker främst i form av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse som lämnas till nämnden årligen i mars. Fram till och med 2023 rapporterades kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelsen separat till nämnden, men från och med 2024 sammanställs en gemensam kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. I kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen beskrivs det kvalitetsarbete och utvecklingsarbete som bedrivits under året, inklusive rapportering av avvikelser och Lex Sarah, Lex Maria, samverkan med andra vårdgivare, sammanställning av synpunkter och klagomål och rapportering av registrering i kvalitetsregister m.m.

Utöver kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse genomförs fördjupade kvalitetsuppföljningar i tio av nämndens boenden/verksamheter samt en årlig uppföljning av upphandlad verksamhet. De tio verksamhetsuppföljningar som redovisas till nämnden motsvarar ca 5 procent av all nämndens verksamhet.

Från och med hösten 2025 gör kvalitetsenheten kvalitetsuppföljningar avseende de externa utförare inom hemservice och hemvård (enligt LOV, Lagen om valfrihet). Frågorna motsvarar de frågor som ställs inom den egna verksamheter. Fortsättningsvis kommer även dessa kvalitetsuppföljningar att sammanställas i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

Löpande under året rapporteras resultat av intern kontroll, granskningar och tillsynsrapporter och ärenden som hanterats av IVO (Inspektionen för vård och omsorg) till nämnden.

Granskarens kommentarer:

Nämnden ska varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Dessutom bör årligen en kvalitetsberättelse upprättas där det framgår hur förbättringsarbetet bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts under föregående kalenderår.

Granskningen visar att nämnden har en sammanhållen redovisning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, vilket vi ser positivt på. Rapporten fokuserar på att redogöra för aktiviteter som genomförts och ger en god bild av det arbete som bedrivits under året men har mindre fokus på riskanalys, resultat och uppföljning av de genomförda aktiviteterna. I detta hänseende kan rapporten utvecklas.

Utöver kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen genomförs tio årliga fördjupade kvalitetsuppföljningar och uppföljning av upphandlad verksamhet som redovisas separat. Även om dessa uppföljningar endast omfattar en mindre del av den totala verksamheten ser vi positiv på att de genomförs.

Granskarens bedömning:

Vi bedömer att uppföljningen i form av rapportering till nämnden kan stärkas genom ett ökat fokus på gjorda riskanalyser och åtgärder utifrån resultat i syfte att möjliggöra förbättringar i verksamheten.

Revisionsfråga

Följer nämnderna upp kvalitetsledningsarbetet i tillräcklig utsträckning?

Bedömning

Större avvikelse, bör hanteras

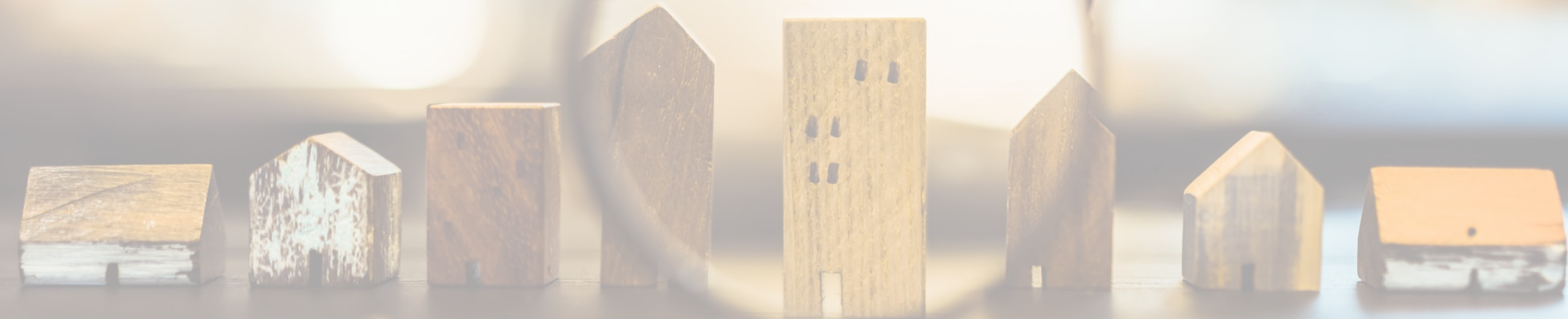


Rekommendation:

- Utveckla rapportering avseende åtgärder och resultat av vidtagna åtgärder

3. Uppföljning

Granskning av synpunkter och klagomål



3.1 Uppföljningsgranskning Synpunkter och klagomål

Finns information om var man bör vända sig för att framföra synpunkter/klagomål på verksamheten? Är informationen känd i verksamheten?

Förvaltningen har tagit fram en riktlinje – *Riktlinje för synpunkter och klagomål*. Riktlinjen är antagen av nämnden. Av riktlinjen framkommer att allmänheten och enskilda som berörs av verksamheten kan rapportera synpunkter på flera olika sätt: Via kommunens hemsida, skriftligt via e-post, brev eller på en särskild synpunktsblankett som vård- och omsorgsförvaltningen utformat, muntligt via besök eller telefon, via sociala medier eller via kontaktcenter.

Det är berörd enhetschef som utreder och återkopplar tillbaka till uppgiftslämnaren. Man kan vara anonym men om man önskar bli kontaktad måste kontaktuppgifter lämnas. Återkoppling ska ske inom tio arbetsdagar och om man inte kan återkoppla inom denna tid ska man meddela detta och ange skäl.

Enligt ett beslut från våren 2025 sker numer sammanställning och analys av inkomna synpunkter och klagomål flera gånger under året. Informationen samlas ihop årligen och presenteras i kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen. I intervjuerna framkommer att antalet rapporterade synpunkter och klagomål har ökat med 33 procent det senaste året.

Medarbetare i verksamheten får utbildning avseende riktlinjen för synpunkter och klagomål en gång per år. Det ges också information om hur arbetet angående synpunkter och klagomål ska gå till i samband med introduktionen.

Finns möjlighet för registrering och hantering av inkomna synpunkter/klagomål? Är den känd i verksamheten?

Medborgare och enskilda som berörs av verksamheten kan lämna synpunkter via kommunens hemsida, skriftligt via e-post, brev eller på särskild synpunktsblankett. Man kan också lämna synpunkter och klagomål muntligt via besök eller telefon eller via kontakt med kommunens kontaktcenter. Synpunktsblankett lämnas till alla enskilda som har insats i form av äldreboende eller hemtjänst.

Om synpunkten eller klagomålet inkommer muntligt ska medarbetare skriva ner och registrera synpunkten, om synpunkten eller klagomålet inkommer via kontaktcenter eller e-post till kommunen säkerställer registraturen att synpunkten eller klagomålet registreras och utreds. Det är verksamhetens enhetschef som utreder den inkomna synpunkten eller klagomålet i den egna verksamheten.

Hanteringen av inkomna synpunkter/klagomål följer en viss rutin. Rutinen och ansvaret beskrivs vara känt i verksamheten och det sker regelbundna utbildningar till medarbetare och enhetschefer. Det är kvalitetsenheten som ansvarar för att ta fram utbildningsmaterialet.

3.1 Uppföljningsgranskning Synpunkter och klagomål

Finns rutiner för utredning och uppföljning av synpunkter/klagomål?

I rutinen för synpunkter och klagomål beskrivs inte hur utredning av synpunkter och klagomål ska gå till men förfarandet beskrivs i en processkarta som finns publicerad i Canea. I intervju med ansvarig inom kvalitetsenheten framkommer att utredningsförfarandet följer samma process som utredning av avvikelser med undantag för att resultatet vid synpunkt/klagomål ska återkopplas till den som rapporterat, om så önskas. I riktlinjen om synpunkter/klagomål beskrivs att det alltid är ansvarig chef (huvudutredare) som ansvarar för att svara och avsluta aktuell utredning i systemet.

Den aktuella verksamheten har ansvaret att analysera inkomna synpunkter och klagomål på sin nivå (enhetsnivå, verksamhetsnivå och avdelningsnivå). Kvalitetsenheten inhämtar information på organisationsnivå och gör en sammantagen analys på förvaltningsnivå som presenteras i den årliga kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen.

Används erfarenheter från hanteringen av synpunkter/klagomål i det ständiga förbättringsarbetet?

I riktlinjen framgår att den redovisning som sammanställs ska ge svar på omfattningen av synpunkter, hur de åtgärdats och hur de följts upp. Innan synpunktshanteringen redovisas för nämnden ska den behandlas och analyseras både av berörd verksamhet och förvaltningsövergripande. I analysen ska en återkoppling göras av de synpunkter som lämnats och vilka åtgärder som vidtagits. Nedanstående uppgifter ska redovisas till nämnden:

- antal synpunkter som inkommit
- inkomna synpunkter fördelat per enhet/verksamhetsområde och synpunktstyper
- åtgärder som vidtagits med anledning av synpunkterna samt analys utifrån resultat

Av kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen framkommer att det under 2024 inkommit 423 synpunkter och klagomål, vilket är en ökning med 33 procent från föregående år.

Annat/ övrigt 242
Brist i bemötande 56
Brist i service 52
Brist på information 35
Utebliven insats 18
Trygghetslarm 17
Mat och kost 14
Avtalad tid har inte hållits 13
Brist på tillgänglighet 10
Brist på delaktighet för den enskilde 8
Överenskommelse har inte hållits 7
Brist på socialt innehåll 2
Tjänstegaranti – värdighetsgarantin 2

I analysen nämns inte den stora mängden inkomna synpunkter klagomål som inte kategoriserats och därmed inte varit möjliga att analysera.

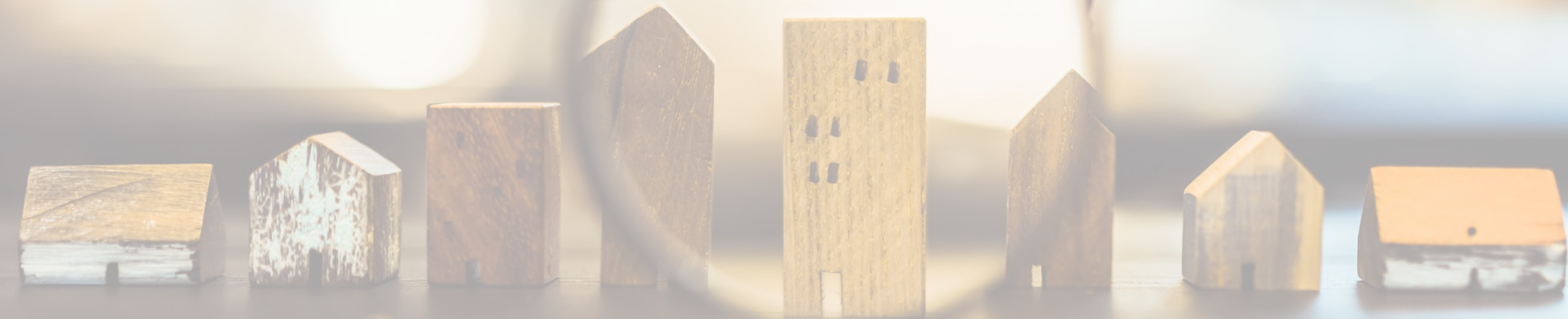
Bedömning:

Det framgår inte av riktlinjen vem som utreder i de fall synpunkten eller klagomålet riktas mot enhetschef/den som ska utreda. Här bör det gå att förtydliga vem som utreder i ett sådant fall.

Kategoriseringen av vad som rapporterats kan förbättras. Kategorin annat/övrigt omfattar mer än hälften av andelen inkomna synpunkter/klagomål vilket gör det svårt att bilda sig en uppfattning om vad klagomålet/synpunkten avser. I denna datamassa kan viktig information om förbättringsbehov tappas bort. I analysen har inte detta perspektiv tagit upp.

Sammantaget gör vi bedömningen att nämnden har vidtagit åtgärder utifrån resultatet av den tidigare genomförda granskningen. Vi ser dock ett fortsatt behov av att stärka analysarbetet.

4. Slutsats och rekommendationer



4.1 Slutsatser och rekommendationer

Enligt föreskrift SOSFS 2011:9 ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet dokumenteras. Ledningssystemet ska anpassas till den egna verksamhetens inriktning och omfattning. De lagar och föreskrifter som styr verksamheten ska identifieras liksom de processer, aktiviteter och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Processerna och rutinerna i ledningssystemet ska vara dokumenterade. Utförare och myndighetsenheten ska säkerställa att ledningssystemet efterlevs och följs upp.

Av granskningen framkommer att nämndens dokumentation för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas som helhet inte har reviderats sedan 2019. Vidare framkommer att dokumentet saknar tydlighet avseende kvalitetssystemets roll- och ansvarsfördelning. Det innebär enligt vår bedömning att det finns brister avseende dokumentationen av ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och anpassning till nämndens verksamhet. En revidering av styrdokument och slutförande av införandet av kvalitetssystemet är nödvändigt. Enligt vår bedömning fanns brister i implementeringsinsatsen när kvalitetsledningssystemet driftsattes. Därefter har det inte skett någon samlad utbildningsinsats utifrån uppdateringar och ändringar. Rapportering av identifierade avvikelser behöver säkerställas inom hela organisationen. Processerna för utredning och åtgärd är ännu inte tillräckligt tydliga.

Vi ser att det finns en medvetenhet om bristerna i verksamheten och att det påbörjats ett omtagsarbete, vilket vi ser positivt på.

Revisionell bedömning

Vår samlande bedömning utifrån granskningens syfte är att vård- och omsorgsnämnden delvis säkerställt ett ändamålsenligt och tillräckligt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Rekommendationer:

- Uppdatera styrdokument Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Säkerställ att kvalitetsledningssystemet färdigställs och implementeras
- Förtydliga kvalitetsledningssystemets roller och ansvar i styrande dokument
- Utveckla rapportering avseende åtgärder och resultat av åtgärder

Sammanfattning uppföljning

Nämndens arbete avseende synpunkter och klagomål

En uppföljning av tidigare granskning av synpunkts- och klagomålshanteringen har utförts. Av uppföljningen framkommer att det finns information om var man bör vända sig för att framföra synpunkter/klagomål på verksamheten och det finns möjlighet för registrering och hantering av inkomna synpunkter/klagomål. Rutiner för utredning och uppföljning av synpunkter/klagomål har tagits fram och används. Erfarenheter från hanteringen av synpunkter/klagomål används i det ständiga förbättringsarbetet, men analysarbetet behöver förbättras.

Sammantaget gör vi bedömningen att nämnden har vidtagit åtgärder utifrån resultatet av den tidigare genomförda granskningen. Vi ser dock ett fortsatt behov av att stärka analysarbetet.

Undertecknande

Granskningen är genomförd i enlighet med SKYREV:s rekommendationer och vägledningar, samt God revisionssed i kommunal verksamhet. Rapporten är internt kvalitetssäkrad i enlighet med Conecturas kvalitetsledningssystem samt faktakontrollerad av ett urval av de personer som har bistått med information till granskningen.

Stockholm 2025-11-17

Sara Larsson

*Certifierad kommunal revisor
Uppdragsansvarig*

Annelie Svensson

*Kommunal verksamhetsrevisor
Granskare*

Dokumentlista

Reglemente Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetsplan

Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Riktlinjer för Helsingborgs stads styrdokument

Riktlinjer för synpunkter och klagomål

Vård- och omsorgsförvaltningens beskrivning av roller och ansvar i ledningssystemet CANEA

Meddelande Vi ska göra det lätt att hitta rätt –Annika Andersson

Intervjuade funktioner

Ordförande Vård- och omsorgsnämnden

Vice ordförande Vård- och omsorgsnämnden

Förvaltningschef Vård- och omsorgsförvaltningen

Kvalitetschef

MAS (Medicinskt ansvarig sjuksköterska)

MAR (Medicinskt ansvarig för rehabilitering)

SAS (Socialt ansvarig socionom)

Verksamhetsutvecklare

Kvalitetssamordnare

Kvalitetscontroller

Enhetschefer från VON ÄO

Enhetschefer från VON LSS

Medarbetare från VON ÄO och LSS



CONECTURA

VERKSAMHETSUTVECKLING