

Nacka kommun

Granskning av styrning, uppföljning och kontroll av särskilda boenden för äldre



Building a better
working world

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor	3
2.3. Ansvariga nämnder	4
2.4. Genomförande	4
2.5. Revisionskriterier.....	4
2.5.1. Kommunallagen	4
2.5.2. Socialtjänstlagen (SoL)	4
2.5.3. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	5
3. Ansvarsfördelningen mellan äldrenämnden och kommunstyrelsen	5
4. Äldrenämndens mål- och resultatstyrning	6
4.1. Målen riktar sig till samtliga utförare i kommunen	6
4.2. Resultatindikatorer vars mål understiger föregående års resultat	7
4.3. Bedömning	7
5. Kvalitetledningsarbetet	8
5.1. Äldrenämnden har upprättat en struktur för rutinbeskrivningar	8
5.2. Bedömning	9
5.3. Nämndens åtgärdsalternativ regleras i avtalsvillkoren	9
5.4. Bedömning	10
5.5. Kvalitetsarbetet i de särskilda boendena	11
5.6. Bedömning	11
6. Äldrenämndens kvalitetsuppföljning och internkontroll	12
6.1. Kvalitets- och avtalsuppföljningen följer fastställd årsplan	12
6.2. Bedömning	13
6.3. Internkontrollarbetet i otakt med nya kvalitetsledningssystemet	13
6.4. Bedömning	14
7. Värdegrund	14
7.1. Bedömning	14
8. Regler för hantering av läkemedel	14
8.1. Bedömning	15
9. Svar på revisionsfrågorna och sammanfattande bedömning	16
10. Källförteckning	19
11. Bilagor.....	20

1. Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna har EY genomfört en granskning av styrning, uppföljning och kontroll av särskilda boenden för äldre.

Granskningens resultat visar att äldrenämnden har ett ambitiöst program för uppföljning och kontroll av anordnarna av särskilt boende för äldre. Uppföljningen är omfattande, djupgående och ger en ändamålsenlig kontroll av utförarverksamheterna. Granskningen har dock identifierat vissa brister i uppföljningen av nämndens resultatindikatorer.

Både äldreheten och de kommunala äldreboendena har ledningssystem som i allt väsentligt lever upp till kraven i SOSFS 2011:9. Resultatet av Socialstyrelsens brukarundersökning för 2017 anger dock att en stor andel av brukarna på de kommunala äldreboendena inte kände till vart de skulle vända sig med synpunkter och klagomål. Det är viktigt att kommunstyrelsens verksamhetsutskott och äldrenämnden följer denna utveckling noggrant.

Äldrenämnden har vidtagit åtgärder när brister upptäckts, men i förhållande till bristerna har åtgärderna inte varit förenliga med skrivningarna i villkoren för anordnare av särskilt boende för äldre.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi äldrenämnden att:

- ▶ Revidera villkoren för godkännande av anordnare av särskilt boende och tillse att ordningsföljden för sanktioner överensstämmer med den praktiska tillämpningen
- ▶ Säkerställa att äldrehetens rådgivande roll inte inkräktar på enhetens tillsynsansvar
- ▶ Tillse att internkontrollplanen bygger på en risk- och väsentlighetsanalys
- ▶ Tillse att målformuleringar inte justeras under året
- ▶ Se över målen för resultatindikatorerna och tillse att de anges i relation till föregående års resultat
- ▶ Ta fram en övergripande handlingsplan för avauktorisering av anordnare av särskilt boende för äldre

Vi rekommenderar kommunstyrelsen att:

- ▶ Föreslå fullmäktige att besluta om ett reviderat reglemente för intern kontroll
- ▶ Säkerställa att brukare känner till vart de ska vända sig med synpunkter och klagomål

2. Inledning

2.1. Bakgrund

De nationella befolkningsprognoserna visar att andelen äldre ökar allt mer framöver vilket ställer högre krav på att kommuner har fungerande insatser för denna målgrupp. I enlighet med Socialtjänstlagen (2001:453) ska insatser vara av god kvalitet. Vidare ska det finnas ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet syftar till att säkerställa kvalitet, kostnadseffektivitet och rättssäkerheten för den enskilde. Såväl socialtjänstlagen som den nationella värdegrunden markerar att äldreomsorgen ska stödja varje äldre person att leva som han/hon vill och kan. Den enskilde har rätt till självbestämmande, respekt, integritet och vård av god kvalitet.

Inom Nacka kommun finns det kundval inom särskilda boenden för äldre. Äldreomsorgen i Nacka kommun har under 2017 varit föremål för medial uppmärksamhet i samband med upptäckta missförhållanden på Seniorcenter Sjöträppan. Händelsen resulterade i både lex Sarah- och lex Maria-rapporter samt organisationsförändringar.

Sammantaget ställs det stora krav på att kommunen har en ändamålsenlig styrning och uppföljning av äldreomsorgen. Mot bakgrund av ovanstående och kommunrevisorernas risk- och väsentlighetsanalys har revisorerna genomfört en fördjupad granskning av äldreomsorgen inom särskilt boende.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet är att bedöma om äldrenämnden och kommunstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll av särskilda boenden.

I granskningen besvaras följande frågeställningar:

- ▶ Har nämnden konkretiserat fullmäktiges övergripande mål och fastställt tydliga mål för kvaliteten i särskilda boenden?
- ▶ Har ett ledningssystem som motsvarar kraven enligt SOSFS 2011:9 införts?
- ▶ Finns en fastställd värdegrund för äldreomsorgen som är känd och tillämpad?
- ▶ Vidtas ändamålsenliga åtgärder för att missförhållanden inte ska inträffa på boenden?
 - ▶ Finns det rutiner för avvikelshantering, synpunkter och klagomål som är kända och tillämpade?
- ▶ Finns det tydliga regler för hantering och uppföljning av de boendes läkemedel vad gäller t ex vem som får göra inköp, dela ut läkemedel och i övrigt hantera den dagliga verksamheten med boendes medicinering?
- ▶ Finns det en ändamålsenlig struktur för uppföljning och kontroll av uppställda och avtalade mål och krav? Sker det en kontinuerlig och tillräcklig återrapportering till nämnden?
 - ▶ Vidtar nämnden åtgärder om avvikelser rapporteras?

2.3. Ansvariga nämnder

Granskningen avser äldrenämnden och kommunstyrelsen. Granskningen riktar sig främst mot äldrenämndens arbete men berör även kommunstyrelsen för frågorna gällande ledningssystem och värdegrund.

2.4. Genomförande

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. Intervjuer har genomförts med äldrenämndens presidieledamöter, produktionsdirektör, social- och äldredirektör, kvalitetsutvecklare, chef för äldreheten, planerare- och utvecklare, medicinskt ansvarig sjuksköterska, facklig representant, samt enhetschefer för de fyra kommunala särskilda boendena Sofiero, Sjötäppan, Ektorps och Talliden.

Samtliga intervjupersoner har beretts tillfälle att sakgranska rapporten.

2.5. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policyer och fullmäktigebeslut.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:725), 6 kap. 6 §
- ▶ Socialtjänstlagen (2001:453)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

2.5.1. Kommunallagen

Kommunallagens 6 kap. § 6 anger att nämnderna, var och en inom sitt område, ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

Nämnderna ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

2.5.2. Socialtjänstlagen (SoL)

Enligt 5 kap. 4 § ingår det i socialnämndens ansvar att verka för att äldre personer får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Kommunen ska enligt 5 kap. 5 § inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.

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

För att säkerställa att socialtjänsten lever upp till de krav och mål som gäller enligt lagar och andra föreskrifter ska det finnas ledningssystem i verksamheten för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). SOSFS 2011:9 gäller både vid myndighetsutövning, till exempel ärendehandläggning, och vid genomförandet av vård och omsorg eller andra insatser.

I föreskriftens fjärde kapitel fastslås att vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de *processer* i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma aktiviteternas inbördes ordning. För varje aktivitet ska vårdgivaren utarbeta och fastställa de *rutiner* som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Inom området *egenkontroll* fastslås att kontroller ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Bland annat nämns jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i öppna jämförelser, målgruppsundersökningar samt granskning av journaler, akter och annan dokumentation.

Vad gäller *klagomål och synpunkter* fastslås att vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och deras närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter och föreningar, andra organisationer och intressenter. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

3. Ansvarsfördelningen mellan äldrenämnden och kommunstyrelsen

I Nacka kommun är det kommunala ansvaret för de särskilda boendena för äldre uppdelat mellan äldrenämnden och kommunstyrelsen. Indelningen är uppdelad mellan produktion och beställning.

Av kommunstyrelsens reglemente framgår att styrelsens verksamhetsutskott i enlighet med kommunfullmäktiges direktiv och delegationsordning fullgör kommunstyrelsens ansvar för produktionen av kommunalt finansierade tjänster. Produktionsverksamheterna är indelade i områdena *Välfärd samhällsservice* och *Välfärd skola*. Äldreomsorgen ingår i det förstnämnda produktionsområdet. Verksamhetsutskottet (KSVU) ska på enhetsnivå besluta om strategisk inriktning för verksamheterna och förändring av verksamhetsområde.

Den kommunala produktionen av äldreboenden är samlad inom "Nacka seniorcenter", där det ingår fem boenden. På tjänstemannanivå har produktionsdirektör det högsta ansvaret för dessa verksamheter.

Äldrenämnden är myndighet för kommunal vård och omsorg vilket innebär att den har ansvar för finansiering, målformulering, effektivitet och uppföljning för denna verksamhet. Det åligger även äldrenämnden att se till att de som verksamheten riktar sig till får en allsidig information om verksamheten och hur den fullgörs.

Härutöver ska äldrenämnden fastställa auktorisationsvillkor för kundvalssystem inom nämndens ansvarsområde samt auktorisera anordnare liksom återkalla auktorisation av anordnare som inte uppfyller villkoren för auktorisation. I detta arbete ingår även att svara för kommunens tillsyn av anordnare i enlighet med dessa auktorisationsvillkor.

Äldreenheten inom social- och äldreförvaltningen svarar för myndighetsutövning, finansiering och utveckling av äldreomsorgen.

4. Äldrenämndens mål- och resultatstyrning

4.1. Målen riktar sig till samtliga utförare i kommunen

I Mål och Budget 2018–2020 anges fyra övergripande mål för Nacka kommun. Med utgångspunkt i de övergripande målen fastställer kommunfullmäktige nämndernas fokusområden, vilka syftar till att precisera nämndernas åtaganden. Utifrån fokusområdena ska nämnderna ta fram förslag till resultatindikatorer med målnivåer för de tre kommande åren. Nämnderna ska även besluta om hur målsättningarna ska uppnås och följas upp.

Utifrån äldrenämndens fokusområden har fyra resultatindikatorer tagits fram avseende kvaliteten i särskilda boenden. Dessa mäter bland annat kunders uppfattning av delaktighet och sociala aktiviteter. Eftersom äldrenämnden ansvarar för beställningen och myndighetsutövningen gäller äldrenämndens mål för både enskilda och kommunala utförare. I bilaga 1 redovisas äldrenämndens fokusområden och de resultatindikatorer som berör särskilda boendens kvalitet.

KSVU:s framtagna resultatindikatorer för Nacka seniorcenter berör bland annat trygghet, nöjdhet med maten och svarstider på larm. Enligt intervjuade enhetschefer på kommunala äldreboenden riktas mycket fokus mot resultatindikatorerna avseende mat och trygghet. Det har kommit fram genom enkätsvar och samtal på boendena att brukare värderar dessa två kvalitetsfaktorer högst. KSVU:s resultatindikatorer bedöms av intervjuade enhetschefer på äldreboenden som mer styrande än äldrenämndens – vilka snarare uppfattas som inriktningsmål.

Utöver ovan nämnda fokusområden och resultatindikatorer styrs de särskilda boendena av auktorisationsvillkoren, som antogs av äldrenämnden 2015. De anger bland annat vilka krav som ställs på tjänsten, anordnarens ledningssystem och skyldighet att ta emot kunder. Därutöver specificeras i auktorisationsvillkoren ytterligare åtta mål för boendena, vilka bland annat berör delaktighet, trygghet och sociala aktiviteter.¹

Merparten av intervjuade uppger att målsättningsarbetet fungerar bra, med stor delaktighet och tydliga mål att arbeta mot. Från en enhetschef riktas dock vissa synpunkter mot antalet mål för deras verksamhet, som upplevs vara väl många.


Noterbart är att en indikator är formulerad i relativa termer, nämligen att Nackas äldreomsorg ska tillhöra de 10 % bästa i landet avseende kvalitet och effektivitet.

¹ Målen redovisas i bilaga 2.

4.2. Resultatindikatorer vars mål understiger föregående års resultat

Samtliga av äldrenämndens resultatindikatorer gällande kvalitet i särskilda boenden följdes upp under det tredje tertialet. Därmed redovisas de i årsredovisningen. Indikatorerna och resultaten är hämtade från Socialstyrelsens brukarundersökning.

Uppföljningen av resultatindikatorerna i äldrenämndens årsredovisning för 2017 markeras med grön, gul eller röd symbol, beroende på resultatet. Förutom färgmarkering redovisas även årets resultat, uppsatt mål och föregående års resultat. I tabellen nedan återges uppföljningen av en utvald resultatindikator. Den är utvald för att illustrera de problem vi iakttagit i redogörelsen av nämndens måluppfyllnad.

Markering	Indikatorer	Utfall 2016	Utfall 2017	Mål 2017
	Andel kunder som upplever att de kan påverka hur hjälpen genomförs i särskilt boende.	82 %	76 %	77 %

Utifrån den information som kan utläsas av indikatorn i tabellen har nämnden fastställt ett mål som understiger det uppmätta värdet för föregående år. Det framgår inte vad en gul markering innebär men kan antas betyda att målet är delvis uppfyllt. Denna bedömning kan dock uppfattas som besynnerlig då det från föregående år skett en försämring med sex procentenheter. Anledningen till detta är att nämnden inte har tillgång till 2016 års resultat när de sätter målet för 2017. Utgångsläget vid framtagandet av målet var 75 procent, vilket förklarar målsättningen för 2017.

Som tidigare nämnts har nämnden ett mål om att äldreomsorgen ska tillhöra de 10 % bästa kommunerna i landet avseende effektivitet och kvalitet. I årsredovisningen har dock indikatorn omformulerats till att Nacka ska vara minst topp fem av kommunerna i Stockholms län avseende effektivitet.

4.3. Bedömning

Äldrenämnden har upprättat en ändamålsenlig process för målsättningsarbetet och överlag är målformuleringarna tydliga och relevanta. Det finns en tydlig röd tråd från fullmäktiges övergripande mål till åtgärder och aktiviteter på verksamhetsnivå.

Målstyrningen av särskilda boenden utövas dock inte endast genom äldrenämndens mål i budget och auktorisationskrav. Kommunstyrelsens verksamhetsutskott sätter också upp mål för de kommunala utförarna vilka följs upp årligen. Sammantaget finns det relativt många mål.

Många mål och resultatindikatorer behöver nödvändigtvis inte orsaka en otydlig styrning, så länge det är tydligt vilken auktoritet de har i förhållande till varandra. Enligt enhetschefer på boendena är äldrenämndens resultatindikatorer mindre styrande än målen från kommunstyrelsens verksamhetsutskott. Det är viktigt att denna syn är känd i äldrenämnden för att nämnden ska kunna förutse styreffekterna av uppsatta mål.

Äldrenämndens redovisning av resultat i årsredovisningen bör ses över. Eftersom målsättningar för kommande verksamhetsår sätts utan vetskap om innevarande års resultat riskerar målsättningarna att bli irrelevanta. Detta får till följd att även nämndens bedömning av måluppfyllelse kan bli irrelevant.

Givet att resultaten från Socialstyrelsens brukarundersökning inte inkommer i tid till målformuleringsarbetet, bör äldre nämnden överväga att ändra målen för resultatindikatorerna till att anges i relation till föregående års resultat.

En mindre notering är att nämnden formulerat ett mål för äldreomsorgen som ställs i relation till andra kommuners prestation. I ett uppföljningshänseende kan ett sådant mål bli problematiskt eftersom måluppfyllnad kan åstadkommas utan att den egna kommunen gjort framsteg i absoluta termer. Med det sagt kan det finnas skäl att använda sig av denna typ av mål, men i analysen av måluppfyllnad bör denna omständighet problematiseras. Vad gäller nämndens uppföljning av detta mål kan noteras att målformuleringen från budgetdokumentet bytts ut i årsredovisningen. Det bör inte förekomma ändringar i målformuleringar och i det fall det ändå görs, bör det framgå tydligt att en omformulering har gjorts.

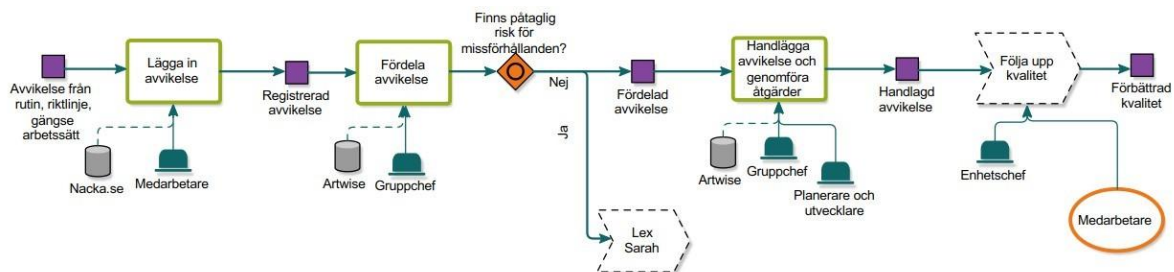
5. Kvalitetledningsarbetet

5.1. Äldrenämnden har upprättat en struktur för rutinbeskrivningar

Äldrenämnden antog i mars 2018 riktlinjen Ledningssystem för god kvalitet. Där anges den övergripande strukturen och utgångspunkterna för social- och äldreförvaltningens ledningssystem.

Varje år ska nämnden anta en kvalitetsplan med en riskanalys, planerade egenkontroller och eventuella förbättringsåtgärder. I äldrenämndens kvalitetsplan för 2018 ingår dessa moment bland annat för synpunkter och klagomål, interna avvikelser och lex Sarah.

I Riktlinjen för ledningssystem för god kvalitet anges också att processer och rutiner ska tas fram, utvecklas och förbättras. På social- och äldreförvaltningen används verksamhetssystemet Stratsys. Stratsys ger användare åtkomst till dokumenterade verksamhetsprocesser med aktiviteter och rollfördelning för respektive steg i processkedjan. Exempelvis finns en process- och rutinbeskrivning för avvikelsehantering som, i det fall synpunkten bedöms som allvarlig, övergår till processbeskrivningen för lex Sarah-anmälan. Delprocesserna är med andra ord sammanbundna i Stratsys, vilket ger användarna en god överblick. I figuren nedan, vilken är tagen från Stratsys, visualiseras processen interna avvikelser.



Synpunkter och klagomål går genom kontaktcenter som fördelar till berörd enhet och sekretessmarkerar alla ärenden som berör den sociala omsorgsprocessen. Ett mejl inkommer till ansvariga så snart en synpunkt inkommer. Därefter ska ansvarig gruppchef kontakta och diskutera synpunkten med berörd handläggare och eventuella göra justeringar i arbetssättet. Interna avvikelser tas upp på gruppmöten som ett led i enheternas

förbättringsarbete. Intervjuade chefer bedömer att kännedomen är god bland personalen gällande dessa rutiner.

I äldre enhetens kvalitetsarbete ingår ett relativt omfattande uppföljningsarbete som beskrivs i nästkommande avsnitt. Som stöd i uppföljningen har det tagits fram särskilda rutiner för de olika delmomenten. Bland annat finns mall och frågeformulär vid intervju av brukare, rutin för insamling av handläggares erfarenheter och övergripande rutin för kvalitetsgranskning. Rutinerna följs upp av gruppchefer för Kvalitet och stöd en gång per år.

I händelse av att en anordnare har påträffats med brister i verksamheten finns även en dokumenterad rutin för det efterföljande arbetet. I rutinen för åtgärdsplan beskrivs bland annat ansvarsfördelningen samt utifrån vilka kriterier inkommen åtgärdsplan ska värderas. Om det blir aktuellt för nämnden att rikta sanktioner mot en anordnare finns skriftlig rutin för hur den interna och externa kommunikationen ska hanteras.

5.2. Bedömning

Äldrenämnden har ett ambitiöst system för kvalitetsledningssystem avseende process- och rutinbeskrivningar. Kvalitetsledningssystemet har nyligen genomgått en förändring och vissa delar av implementeringsarbetet kvarstår.

5.3. Nämndens åtgärdsåtgärder regleras i avtalsvillkoren

I villkoren för anordnare av särskilt boende för äldre anges vilka åtgärder som äldrenämnden kan vidta om brister i äldreboenden uppdagas. Vid jämförelse av nämndens vidtagna åtgärder och villkorskrivningarna blir det dock tydligt att det i praktiken finns en diskrepans.

I villkorsskrivningen kopplas de olika auktorisationsvillkoren till specifika åtgärder nämnden kan använda sig av om brist uppdagats. Det finns tre olika kombinationer av åtgärder nämnden kan vidta beroende på vilken brist som konstaterats: varning, avauktorisering eller både varning och avauktorisering. Om exempelvis anordnaren har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen är avauktorisering enda tillgängliga åtgärden. Vid bristande rutiner för hantering av brister och avvikelser kan nämnden endast dela ut en varning.

Under rubriken "Åtgärder vid brister i verksamheten" anges ytterligare möjligheter till åtgärder, exempelvis möte med anordnaren och uppföljning enligt åtgärdsplan. Vidare anges att varning ska utfärdas vid "mindre" brister och att anordnaren ska redovisa en åtgärdsplan vid "allvarliga" brister.

I praktiken använder nämnden sina sanktionsmöjligheter i omvänd ordning: vid mindre brister kan det bli aktuellt med möten med anordnaren samt åtgärdsplaner och om detta inte ger önskad effekt delar nämnden ut en varning. Det är emellertid ovanligt att dela ut varningar. Den åtgärden används som ett av de sista stegen i sanktionstrappan och fungerar som en skarp signal till anordnaren.

Äldreboendet Sjötäppan blev i juni 2017 tilldelad en varning av nämnden till följd av missförhållanden som uppdagats på boendet. Den riktade granskningen mot Sjötäppan visade att verksamheten inte arbetat utifrån gällande lagar, förordningar och föreskrifter som styr verksamhetsområdet, främst beträffande systematiskt kvalitetsarbete och dokumentation utifrån både Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. Granskningen visade även att

Sjötäppan haft bristande ledning och styrning under en längre tid vilket resulterat i att det vuxit fram en osund kultur som tillåtit stora brister i bemötande och omvårdnad.

Innan varningen delades ut hade Sjötäppan blivit ombedd att vidta ett antal åtgärder. Äldrenämnden har hållit sig informerad om utvecklingen kontinuerligt, från att brister uppdagades fram tills nu. I bilaga 3 redovisas en sammanställning av äldrenämndens informations- och beslutsärenden avseende Sjötäppan.

Enligt auktorisationsvillkoren kan avtalet hävas om anordnaren inte åtgärdar brister inom utsatt tid. Detta blev aldrig aktuellt gällande Sjötäppan. Att avauktorisera en anordnare av särskilt boende är förenat med flera svårigheter. Konsekvenserna för brukarna blir exempelvis betydligt större än vid avauktorisering av hemtjänstanordnare. Nämnden har ingen framtagen handlingsplan för hävning av avtal med anordnare av särskilt boende. Enligt äldrenämndens ordförande var dock nämnden förberedd på en eventuell avauktorisering. Frågan diskuterades mellan nämnden, kommunstyrelsen och Äldreenheten under perioden då missförhållandena på Sjötäppan följdes särskilt.

5.4. Bedömning

Nämnden har upprättat en struktur för åtgärder mot avvikelser och missförhållanden. Genom auktorisationsvillkoren framgår tydligt vilka sanktionsmöjligheter nämnden har i förhållande till uppdagad brist. Ett problem är att strukturen för åtgärder, som den är skriven i villkoren, vid vissa brister endast ger möjlighet till en typ av sanktion. Exempelvis bör allvarliga och upprepade brister i rutiner för hantering av brister och avvikelser rimligtvis kunna resultera i avauktorisering. Oavsett bör nämnden inte avskriva sig rätten till denna sanktionsmöjlighet.

Ett annat problem är skrivningarna om att varning ska delas ut vid mindre brister och åtgärdsplan ska upprättas vid allvarliga händelser. Åtgärdsplaner bör rimligtvis vara ett verktyg nämnden kan använda sig av även vid mindre brister.

I Statskontorets rapport *Tänk till om tillsynen: Om utformningen av statlig tillsyn* bedöms det som viktigt att tillsynsmyndigheten har en varierad arsenal av ingripandemöjligheter till sitt förfogande för att tillsynen ska ge bästa möjliga resultat. En varierad uppsättning ingripandeverktyg gör det möjligt för myndigheten att anpassa ingripanden till rätt nivå. Det är särskilt viktigt vid mindre allvarliga överträdelser, som utan proportionerliga ingripandemöjligheter riskerar att lämnas onoterade på grund av att man inte vill vidta en alltför ingripande åtgärd.

I praktiken använder nämnden inte sina åtgärdsalternativ som de står skrivna i villkoren. I linje med vad Statskontoret rekommenderar används åtgärdsplaner vid mindre allvarliga brister och en varning delas inte ut vid mindre brister, utan efter återkommande och allvarliga avvikelser. Det är något oklart huruvida nämnden följde sina egna auktorisationsvillkor när det kommer till Sjötäppan, med tanke på omfattningen och allvarlighetsgraden i de brister som uppdagades. Enligt villkoren ska anordnaren och/eller ansvarig för verksamheten avauktoriseras om allvarligt fel begåtts i yrkesutövningen.

Det kan förekomma vissa svårigheter med att avauktorisera en anordnare av särskilt boende. Detta är nämnden medveten om men det finns ingen framtagen handlingsplan för ett sådant scenario. För att stärka trovärdigheten i att häva avtal med anordnare finns skäl att ta fram en sådan handlingsplan.

5.5. Kvalitetsarbetet i de särskilda boendena

I årsrapporten för uppföljning redovisas resultaten av enheternas systematiska kvalitetsarbete. Samtliga anordnare bedömdes ha upprättat ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

Skriftliga rutiner fanns inom de flesta områden med enstaka undantag, enligt årsrapporten. De kommunala anordnarna använder verksamhetssystemet SMART, vilken reviderades under 2016. Numera framgår verksamheternas processer digitalt och användarna kan gå in i respektive steg och få fram aktuella rutinbeskrivningar. Tidigare var rutinerna i pappersform och således inte integrerade i verksamhetssystemet. Flera enhetschefer uppger att de arbetar aktivt med att medarbetares användande av systemet ska stiga, men att det i dagsläget inte använder sig av systemet och inte känner till det.

På boendena genomförs varje år en riskanalys utifrån säkerhet, kvalitet och arbetsmiljö, som efter en rutininventering mynnar ut i åtgärder. För varje åtgärd finns en ansvarig person och en fastställd tid för när åtgärden ska vara genomförd. Om åtgärden inte registreras som genomförd vid utsatt tid i verksamhetssystemet SMART, skickas en påminnelse till ansvarig person.

Jämfört med de privata utförarna var arbetet med egenkontroll inte lika utvecklat hos de kommunala utförarna, enligt årsrapporten. Riktlinje för egenkontroll har tagits fram och har nu börjat tillämpas. I nuläget kontrollerar enhetscheferna sina respektive boenden avseende dokumentation. Ledningsgruppen för Nacka seniorcenter har diskuterat frågan om att granska varandras dokumentation samt skriva lex Sarah-utredningar åt varandra.

Synpunkter och klagomål ska registreras i systemet InfoSec där de också kategoriseras. På så vis kan ansvariga följa utvecklingen av olika typer av synpunkter och klagomål. Om det rapporterats en avvikelse så tas detta upp i Nacka seniorscenters ledningsgrupp, på arbetsplantsträffar och i veckobrev till personal och kunder. Från januari till november 2017 registrerades totalt 390 stycken synpunkter och klagomål i samtliga äldreboenden i Nacka, där Sjötäppan var föremål för en betydande del av dessa. Samtliga anordnare har skriftliga rutiner för synpunkter och klagomål samt för lex Sarah. Bland annat finns synpunktsblanketter i de boendes rum och information ges vid inflyttning. På Sjötäppan har man jobbat särskilt aktivt med synpunkts- och klagomålshanteringen.

I Socialstyrelsens brukarundersökning 2017 uppgav 38 procent av brukarna i offentlig regi att de visste vart de ska vända sig om de hade synpunkter eller klagomål. Genomsnittet i riket var 47 procent. Noterbart är att under 2016 svarande 49 % av brukarna i offentlig regi att de visste vart de skulle vända sig. Från 2016 till 2017 ökade andelen som svarade nej med fyra procentenheter och andelen som svarade delvis med åtta procentenheter.

5.6. Bedömning

Granskade äldreboenden bedriver ett aktivt kvalitetsledningsarbete, vilket följs upp av äldreheten i enlighet med gällande auktorisationsvillkor. I likhet med den bedömning som görs i årsrapporten för uppföljning, är vår bedömning att boendena, i allt väsentligt, har upprättat ett kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

Ledningsgruppen för Nacka seniorcenter bör fortsätta arbetet med ta fram ny struktur för granskning av dokumentation och lex Sarah-utredningar. Att detta görs av någon annan

utanför det egna boendet har potential att stärka trovärdigheten och möjligtvis även utförandet av dessa uppgifter.

Utifrån Socialstyrelsens brukarundersökning framkommer att andelen som visste var de skulle vända sig med synpunkter eller klagomål minskat relativt dramatiskt jämfört med föregående år. Den låga siffran beror inte endast på ett lågt värde för Sjötäppan (27 %), utan ytterligare ett seniorboende hade även ett relativt lågt värde (35 %). Sedan incidenterna på Sjötäppan bedömer vi att arbetet kring dessa frågor stärkts och vi ser det som väsentligt att resultatet av detta noggrant följs upp.

6. Äldrenämndens kvalitetsuppföljning och internkontroll

6.1. Kvalitets- och avtalsuppföljningen följer fastställd årsplan

I syfte att uppföljning och granskning av utförare och verksamheter genomförs systematiskt i enlighet med gällande lagstiftning fastställde äldrenämnden under 2015 en riktlinje för uppföljningsarbetet. Riktlinjen avser upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten och beskriver uppföljningens förutsättningar, genomförandet av nulägesanalyser samt arbetet kring planering, resultatinsamling, analys av insamlat material och åtgärder. Därtill anges hur uppföljningen ska dokumenteras och kommuniceras.

Enligt riktlinjerna ska planerare/utvecklare varje år ta fram en uppföljningsplan för respektive verksamhetsområde. Planen ska bygga på resultat från föregående år samt en riskanalys. Utformningen och inriktningen på uppföljningsplanen ändrades inför 2017 till att bli mer omfattande och grundlig. Detta gjordes med bakgrund av att tidigare års granskningar inte lyckats identifiera de brister som uppdagades på äldreboendet Sjötäppan. I tidigare års granskningar valdes särskilda fokusområden ut för granskning baserat på enkätsvar. Den riktlinje för uppföljningsarbetet som nämnden antog 2015 följdes således inte tidigare.

I uppföljningsplanen 2017 av utförare inom särskilt boende för äldre samt korttidsboende beskrivs prioriteringsordningen för granskningen av verksamheter. Prioriteringsordningen baseras bland annat på inkomna klagomål och tidigare uppvisade brister. Flera boenden genomgår en så kallad "kvalitetsgranskning" vilket innebär att besök görs i verksamheten, synpunkter inhämtas från brukare, personal intervjuas och observationer görs i den dagliga verksamheten. I granskningen används även en checklista med områden att följa upp. Där ingår bland annat brukarinflytande, verksamhetsinnehåll och bemötande. Förutom kvalitetsgranskning anges i planen att exempelvis handläggares erfarenheter och boendenas hälso- och sjukvårdsansvar ska granskas.

Resultaten av uppföljningen 2017 redovisades i en årsrapport vilken nämnden tog del av i februari 2018. Åtterrapporeringen är grundlig och redogör för de flesta områden som omfattas av riktlinjerna för uppföljning. På grund av tidsbrist genomgick hälften av boendena den så kallade kvalitetsgranskningen. Resterande boenden ska följas upp under 2018.

Intervjuade enhetschefer på äldreboenden upplevde uppföljningen under 2017 som heltäckande och relevant.

Vid intervjuer med enhetschefer för boendena framkom uppgifter om upplevda svårigheter i samspelet med äldreheten i dess funktion som både tillsynsorgan och normgivare. En intervjuperson upplevde att äldreheten ibland använder information från boendenas rådgivningsfrågor för att anmärka på brister i boendenas verksamhet, och att detta riskerar

att resultera i att ansvariga för boendena inte väljer att vända sig till äldreheten med frågor om problem i verksamheten.

Frågan om tillsynsmyndigheters rådgivningsfunktion är ständigt aktuell, då det inte är självklart i alla situationer var gränsen går för vad som är lämplig rådgivning. Denna problematik är välkänd på äldreheten och av MAS. Enligt Statskontoret bör tillsynsmyndigheten inte ge konkreta råd i enskilda fall. Det är emellertid problemfritt att upplysa om gällande lagstiftning eller ge allmänna råd.²

6.2. Bedömning

Inom äldreheten har ett grundligt ledningssystem för uppföljning av särskilda boenden upprättats. Samtliga av uppföljningens steg är väl genomtänkta och gediget konstruerade. Det finns en röd tråd från riskanalysen och framtagandet av kontrollområden till redovisningen av granskningsresultaten.

Utöver att följa upp de särskilda boendena har äldreheten även ett normgivande uppdrag. Genom upprättande av rutiner och rådgivning ska äldreheten se till att verksamheterna får en allsidig information om verksamheten och hur den fullgörs. Den teoretiska tudelningen mellan tillsynsmyndigheters normgivande och granskande roll är ofta tydligare än den praktiska tillämpningen. I detta hänseende är det viktigt att det både internt och externt är tydligt kommunicerat var gränsen går för vad som är en lämplig detaljnivå vid rådgivning.

6.3. Internkontrollarbetet i otakt med nya kvalitetsledningssystemet

Kommunfullmäktige antog 2012 ett reglemente för intern kontroll. Syftet med reglementet är att definiera kommunfullmäktiges förväntningar på den interna kontrollen och omfattar hela Nacka kommuns organisation.

I reglementet anges att den interna kontrollen ska säkerställa ett flertal specifika kontrollpunkter avseende upphandling, kundvalssystem, identifiering av nämndspecifika risker och efterlevnad av interna regelverk.

Äldrehetens internkontrollplan antogs i november 2017. I internkontrollplanen beskrivs bland annat kontrollmoment, vem som är ansvarig och hur det ska kontrolleras. Det finns även en kolumn för bedömt riskvärde. Inget av kontrollmomenten har dock genomgått en riskbedömning.

Anledningen till att det inte gjordes en riskbedömning för de inkluderade kontrollmomenten var att ansvariga för internkontrollen avvaktade införandet av det nya kvalitetsledningssystemet som infördes i början av 2018. Som tidigare beskrivit gjordes det en riskanalys i kvalitetsplanen, vilken ingår i det nya kvalitetsledningssystemet. Hur internkontrollplanen hänger ihop med det övriga kvalitetsledningssystemet beskrivs som ett utvecklingsområde, både avseende innehåll och tid för framtagande.

Sammanlagt ingår i internkontrollplanen nio kontrollområden som är sorterade under kategorierna verksamhet, ekonomi, juridik och reglementen samt upphandling.

² Se Statskontorets rapport "Tänk till om tillsynen: Om utformningen av statlig tillsyn".

Resultaten av internkontrollen 2017 återrapporterades i februari 2018. Redovisningen av kontrollmoment som ingick i uppföljningsplanen för kvalitet redovisades åtskilt.

6.4. Bedömning

Det är en brist att internkontrollplanen för 2018 inte tagits fram utifrån en kvalificerad riskbedömning. Vi bedömer att det på äldreheten råder medvetenhet om detta samt om behovet av att bättre integrera internkontrollplanarbetet med det övriga kvalitetsledningssystemet.

I reglementet för intern kontroll anges, som tidigare nämnts, ett antal kontrollpunkter som ska utgöra den interna kontrollen. Instruktionerna är relativt specifika gällande vad som ska ingå och inkluderar bland annat bisysslor och "vägledande information om mutor och olämpliga beteenden". Enligt vedertagna rutiner för intern kontroll ska den interna kontrollen bygga på en riskanalys. Det är troligt att kontrollpunkterna i reglementet bygger på en sådan, men det är också sannolikt att riskerna ser annorlunda ut idag än 2012, då reglementet fastställdes. Givet att de specifika angivelserna i reglementet följs, åsidosätts grunden för en ändamålsenlig intern kontroll.

7. Värdegrund

Det finns ingen specifik värdegrund för äldreheten. Däremot finns en kommunövergripande vision och värdering, vilken enligt intervjupersoner tillämpas i verksamheten.

Enligt uppgift är Socialstyrelsens värdegrund i socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3) utgångspunkten för Nackas äldreboenden. I Nacka Seniorcenters ledningsgrupp har en särskild projektgrupp uppdraget att arbeta med värdegrundsfrågor. Inom ramen för detta projekt genomgick under 2017/2018 ungefär 20 personer från de kommunala äldreboendena en högskolebaserad värdegrundsutbildning. Dessa personer fungerar som värdegrundombud och har till uppgift att informera om SOSFS 2012:3 och problematisera kring värdegrundsbaseade frågor. Flera av de intervjuade enhetscheferna uppger att värdegrundombuden redan haft en positiv inverkan på värdegrundsarbetet på boendena, trots att deras arbete är i inledningsfasen.

På Sjöträpan har ett särskilt värdegrundsarbete bedrivits med anledning av de missförhållanden som uppdagades under 2017. Bland annat togs en konsult in som diskuterade värdegrundsfrågor i samtalsgrupper med personalen och det togs även fram en egen värdegrund specifikt för Sjöträpan.

7.1. Bedömning

Nacka Seniorcenter har inlett ett aktivt värdegrundsarbete utifrån SOSFS 2012:3. Projektet har potential att stärka medvetenheten kring värdegrundsfrågor bland personalen på boendena.

8. Regler för hantering av läkemedel

Det finns i kommunen en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som ansvarar för att hälso- och sjukvårdsansvaret bedrivs enligt de regler och bestämmelser som finns för hälso- och sjukvården. I det ansvaret ingår att upprätta instruktioner och anvisningar till utförarna.

Under 2017 uppdaterades rutinbeskrivningen för läkemedelshantering. Dokumentet gäller för särskilda boenden och syftar till att säkerställa en god och säker läkemedelshantering. I rutinbeskrivningen ges anvisningar avseende bland annat ansvarsfördelning, ordination av läkemedel samt överlämnande och kontroll av narkotiska läkemedel.

Utöver de anvisningar som tillhandahålls genom detta dokument ska lokala rutiner för läkemedelshanteringen upprättas som komplement vid varje enhet.³ De ska beskriva läkemedelshanteringsprocessen och vara formulerade på ett sådant sätt att de kan förstås av och vara till hjälp för hälso- och sjukvårdspersonal som aldrig har arbetat på boendet tidigare.

Förutom rutinbeskrivningen för läkemedelshanteringen har MAS även tagit fram en rutin för delegering inom hälso- och sjukvården som gäller för särskilda boenden. I dokumentet beskrivs bland annat relevanta definitioner, vilka hälso- och sjukvårdsuppgifter som kan delegeras och förfarandet för detta. I bilagorna finns blankett för delegeringsbeslut, en checklista inför delegering och olika kunskapstest som delegaten ska ha klarat av vid delegering av läkemedels- eller insulingivning.

Genom en gemensam ledningsgrupp samarbetar äldreboendena inom Nacka Seniorcenter i flera frågor, varav en rör delegation. Om man på ett boende blir medveten om att delegationsrutinerna för läkemedel behöver ändras, görs det även på övriga boenden efter samtal i ledningsgruppen.

8.1. Bedömning

Nämnden har upprättat en tydlig struktur för läkemedelshanteringen på de särskilda boendena. Genom att de övergripande rutinerna bryts ner på boendenivå och sedan kontrolleras av MAS finns ett ramverk som ger förutsättningar för en fungerande läkemedelshantering.

³ Vi har tagit del av lokala rutiner för fyra särskilda boenden.

9. Svar på revisionsfrågorna och sammanfattande bedömning

Revisionsfråga	Svar
Har nämnden konkretiserat fullmäktiges övergripande mål och fastställt tydliga mål för kvaliteten i särskilda boenden?	<p>Ja, men brister har identifierats.</p> <p>Äldrenämnden har en ändamålsenlig struktur för målformuleringsarbetet. Fullmäktiges mål bryts ner till fokusområden, vilka är utgångspunkten i framtagandet av resultatindikatorer. Nämndens resultatindikatorer berör områden såsom delaktighet och sociala aktiviteter. Vid framtagandet av 2018 års målvärden för resultatindikatorerna fanns inte 2017 års resultat tillgängliga. Det innebär att målsättningarna för 2018 inte bygger på ändamålsenlig information. Vidare har formuleringen ändrats för en resultatindikator i budgetdokumentet i förhållande till årsredovisningen.</p>
Har ett ledningssystem som motsvarar kraven enligt SOSFS 2011:9 införts?	<p>Ja. Äldrenämnden implementerade i början av 2018 ett nytt ledningssystem. Genom Stratsys finns åtkomst till processer och rutiner för de olika delmomenten. Synpunkter och klagomål samlas in, analyseras och utgör grund för uppföljningens inriktning och omfattning. Nämndens egenkontroll är dokumenterad och bygger på en riskanalys.</p> <p>De kommunala boendena har upprättat rutiner och samlat dem i ett verksamhetssystem tillsammans med aktuella processbeskrivningar. Där finns bland annat rutiner för klagomålshanteringen. Egenkontrollen genomförs utifrån en framtagen mall men kan stärkas genom att utveckla den kollegiala granskningen.</p>
Finns en fastställd värdegrund för äldreomsorgen som är känd och tillämpad?	<p>Ja. Äldrenämnden har ingen egen antagen värdegrund, men arbetar utifrån Socialstyrelsens värdegrund SOSFS 2012:3. De kommunala äldreboendena har påbörjat ett aktivt värdegrundsarbete som utgår från Socialstyrelsens värdegrund. Personal har genomgått en värdegrundutbildning och har till uppgift att sprida kunskap om värdegrundrelaterade frågor. På äldreboendet Sjötäppan har det genomförts ett särskilt omfattande arbete.</p> <p>Arbete pågår med att i större utsträckning implementera värdegrunden och kunskaper om</p>

	<p>dess innehåll. Åtgärder har genomförts som ger goda förutsättningar för detta.</p>
<p>Vidtas ändamålsenliga åtgärder för att missförhållanden inte ska inträffa på boenden?</p>	<p>Ja. I praktiken har äldrenämnden använt sig av ändamålsenliga åtgärder. Bland annat prioriteras boenden i den årliga uppföljningen som tidigare uppvisat brister och nämnden kräver handlingsplaner av dem där brister uppdagats. Nämndens användande av åtgärder speglar dock inte nämndens åtgärdsalternativ enligt auktorisationsvillkoren. Nämnden har således inte följt den eget framtagna regleringen av sina ingripandemöjligheter.</p>
<p>Finns det rutiner för avvikelshantering, synpunkter och klagomål som är kända och tillämpade? Äldrenämnden:</p>	<p>Ja, rutiner för avvikelshantering, synpunkter och klagomål finns framtagna på äldreheten. Dessa uppges av intervjuade chefer vara kända och tillämpas. Det upprättade ledningssystemet ger goda förutsättningar för medarbetare att ta till sig aktuella rutiner och riktlinjer.</p>
<p>Kommunstyrelsen:</p>	<p>Delvis. Rutiner finns framtagna på de kommunala äldreboendena. Sedan missförhållanden uppdagades under 2017 jobbar boendena aktivt med denna fråga. 38 procent av brukarna inom offentlig regi uppgav dock 2017 att de inte visste vart de ska vända sig om de hade synpunkter eller klagomål. Det är betydligt sämre än riksgenomsnittet och föregående års resultat.</p>
<p>Finns det tydliga regler för hantering och uppföljning av de boendes läkemedel vad gäller t ex vem som får göra inköp, dela ut läkemedel och i övrigt hantera den dagliga verksamheten med boendes medicinering?</p>	<p>Ja. Social- och äldreförvaltningen har upprättat övergripande rutinbeskrivningar för läkemedelshanteringen samt delegation. Utifrån den övergripande läkemedelsrutinen ska respektive boende upprätta lokala rutiner. Dessa ska kontrolleras av MAS innan de godkänns. Både enhetschefer på äldreboendena och MAS anser att rutinerna är tydliga.</p>
<p>Finns det en ändamålsenlig struktur för uppföljning och kontroll av uppställda och avtalade mål och krav?</p>	<p>Delvis. Äldrenämnden har upprättat en ambitiös struktur för uppföljning och kontroll av anordnarnas verksamheter. Uppföljningen utifrån uppföljningsplanen är både heltäckande och djupgående.</p> <p>Det finns dock brister i uppföljningen av äldrenämndens resultatindikatorer. Eftersom indikatorernas målvärden antas utan vetskap om innevarande års resultat, riskerar målen för nästa år att bli grundlösa och således även bedömningen av måluppfyllelse. Vidare bygger inte</p>

Sker det en kontinuerlig och tillräcklig återrapportering till nämnden?	internkontrollplanen på en riskanalys, vilket är en brist. Ja. Sedan missförhållandena på Sjötäppan uppdagades har äldrenämnden informerats kontinuerligt. Nämnden informeras alltid när det gjorts en lex Maria- eller lex Sarah-anmälan.
Vidtar nämnden åtgärder om avvikelser rapporteras?	Ja. Om avvikelser rapporteras brukar ett möte hållas med anordnaren och handlingsplan inkrävas med åtgärder som följs upp av äldreheten. I det fall brister inte åtgärdas delar nämnden ut en varning.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldrenämnden och kommunstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig styrning, uppföljning och kontroll av särskilda boenden. Vår sammanfattande bedömning är att äldrenämnden sedan omstruktureringen av uppföljningen 2017 har ett ändamålsenligt uppföljnings- och kontrollsystem. Under 2017 och 2018 har även kvalitetsledningssystemet gjorts om. Det nya ledningssystemet är väl integrerat med verksamhetssystemet och ger förutsättningar för en ändamålsenlig styrning.

Granskningen har dock identifierat vissa brister. Målsättningarna för vissa av nämndens resultatindikatorer bygger på föregående års resultat, eftersom resultatet för innevarande år inte finns tillgängligt i tid till målformuleringsarbetet. Detta får till följd att både målsättningarna och uppföljningen inte blir tillfredställande. Därtill har ett mål omformulerats från budgetdokumentet till årsredovisningen.

Äldrenämnden har vidtagit åtgärder när brister uppdagats, men i förhållande till bristerna har åtgärderna inte varit förenliga med skrivningarna i villkoren för anordnare av särskilt boende för äldre.

Kommunstyrelsens verksamhetsutskott ansvarar för produktionen av kommunala äldreboenden. Vår bedömning är att de har ett ledningssystem som motsvarar kraven enligt SOSFS 2011:9. Kommunstyrelsen bör dock följa utvecklingen noga avseende brukares kännedom om vart de ska vända sig med klagomål och synpunkter.

Nacka den 30 maj 2018

Anders More
EY

Herman Rask
EY

10. Källförteckning

Checklista särskilt boende för äldre
Kvalitetsgranskning Ektorpsäbo
Kvalitetsplan äldrenämnden 2018
Lokal rutin för läkemedelshantering (Sofiero, Sjöträpan, Ektorps och Talliden)
Mall för granskningsrapport
Medborgarundersökning – hösten 2016
Mål och Budget 2018-2020
Reglemente för intern kontroll
Reglemente för äldrenämnden
Riktlinje – ledningssystem för god kvalitet
Riktlinje – uppföljning och granskning av upphandlad och kundvaldstyrd verksamhet inom socialtjänsten
Rutinbeskrivning för delegering inom hälso- och sjukvård
Rutinbeskrivning för läkemedelshantering
Statskontoret. 2012. Tänk till om tillsynen. Om utformningen av statlig tillsyn.
Tertialbokslut 1 2017 Nacka kommun
Tertialbokslut 2 2017 Nacka kommun
Uppföljning internkontrollplan
Uppföljningsplan 2017 för uppföljning av utförare inom särskilt boende för äldre samt korttidsboende.
Uppföljningsplan för kvalitet 2017 – resultat
Utdrag ur ledningssystemet i Stratys.
Villkor för att vara godkänd anordnare av särskilt boende för äldre
Värdegrunden i socialstyrelsens omsorg om äldre SOSFS 2012:3
Årsrapport verksamhetsuppföljning
Årsredovisning 2016 – äldrenämnden
Årsredovisning 2017 – äldrenämnden

11. Bilaga 1

Äldrenämndens fokusområden, indikatorer och målvärden som finns angivna i *Mål & Budget 2018–2020*.

Övergripande mål	Fokusområde	Indikatorer	Mål 2018	Mål 2019	Mål 2020
Bästa utveckling för alla	Seniorer känner sig trygga och har ett stort inflytande över hur omsorgen och hjälpen utformas. Det finns ett varierat utbud av aktiviteter för god fysisk och psykisk hälsa, självständighet och socialt sammanhang. Nackaborna möts flexibelt, enkelt, snabbt och öppet.	Andel kunder som upplever att de kan påverka hur hjälpen genomförs i särskilt boende.	79	80	80
Attraktiva livsmiljöer i hela Nacka	Seniorer har möjlighet att bo i attraktiva boendeformer och miljöer, enligt sina individuella önskemål. Det finns lättillgängliga mötesplatser som stimulerar till aktiviteter och uppmuntrar till olika former av möten.	Andel kunder i särskilt boende som uppger att de är nöjda med de sociala aktiviteter som erbjuds.	75	77	79
Maximalt värde för skattepengarna	Äldreomsorgen utvecklas utifrån nackabornas behov. Nackas särskilda boenden och hemtjänst håller hög kvalitet. Medborgarnas krav på hög tillgänglighet och flexibilitet tillgodoses genom effektiva rutiner, digitalisering och utveckling.	Nackas äldreomsorg är bland de 10 % bästa kommunerna i landet avseende kvalitet och effektivitet.	-	-	-
	Andel särskilda boenden som utför egenkontroll av hälso- och sjukvårdsdokumentation.	100	100	100	

12. Bilaga 2

Mål i villkor för att vara anordnare av särskilt boende för äldre.

- Kunden är delaktig och kan påverka utförandet av insatserna.
- Kunden blir bemött med respekt och hänsyn i kontakten med anordnaren.
- Insatserna är trygga och säkra.
- Genomförandet av insatserna planeras i samråd med kunden.
- Kunden har kontinuitet i kontakterna med personal, har en namngiven kontaktperson som svarar för att kunden får sina personliga behov tillgodosedda och en omvårdnadsansvarig sjuksköterska som svarar för att de hälso- och sjukvårdsmässiga behoven tillgodoses.
- Kunden erbjuds schemalagda utevistelser och individuella sociala aktiviteter efter överenskommelse i genomförandeplan.
- Anordnare har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.
- Anordnare ger god hälso- och sjukvård, inklusive rehabilitering och hjälpmedel enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter.

13. Bilaga 3

Datum	Typ av ärende ⁴	Paragraf
2017-02-22	Lägesrapport, egen punkt (muntlig information). Representanter från VSS	§ 2
2017-03-29	Lägesrapport, egen punkt (muntlig information). Representanter från VSS	§ 17
2017-05-03	Information från MAS om lex Maria avseende Sjötäppan	§ 28
2017-06-14	Lägesrapport, egen punkt. Produktionschef.	§ 43
	Information om lex Maria gällande Sjötäppan	§ 44
	Varning av anordnare (Sjötäppan)	§ 45

⁴ Utöver de ärendena i tabellen tillkommer även ärenden om lex Sarah.

2017-08-30	Lägesrapport, egen punkt. Representanter från VSS.	§ 58
	Uppföljning av Sjötäppan MAS	§ 59
2017-09-27	Som en del av rapporten från direktören	§ 71
2017-10-25	Som en del av rapporten från direktören	§ 83
2017-12-13	Som en del av rapporten från direktören	§ 108
2018-02-21	Som en del av rapporten från direktören	§ 10
2018-03-28	Som en del av rapporten från direktören (om revisionen)	§ 23
