



**NACKA**  
KOMMUN

Kallelse/föredragningslista  
23 februari 2022

Äldrenämnden

Tid: kl. 18:00-20:15

Plats: Nacka stadshus

Karin Teljstedt (KD), ordförande

Äldrenämnden

**1. Mötesinformation**

**Förslag till beslut**

Sammanträde med äldrenämnden onsdagen den 23 februari kl 18:00 i Nackasalen. Se separat information om möjlighet att delta på distans. Anmäl närvaro/distans/frånvaro.

Gruppmöten kl 17:00, Alliansen i rum Gliwice (ÖF 0) och oppositionen rum Kisumu (ÖF 0)

Politisk beredning onsdagen den 16 februari kl 08:30, endast på distans och länk skickas till berörda.

**2. Närvaro**

**3. Justering**

**4. Fastställande av föredragningslista**

**5. Uppföljning särskilt boende för äldre med kundfrågor**

**6. Kvalitetsberättelse för äldrenämnden 2021 (ÄLN 2022/22)**

**Förslag till beslut**

Äldrenämnden godkänner kvalitetsberättelsen 2021.

**7. Resultat från uppföljning av internkontrollplan 2021 (ÄLN 2022/21)**

**Förslag till beslut**

Äldrenämnden godkänner uppföljning av intern kontrollplan för 2021. Äldrenämnden överlämnar ärendet till kommunstyrelsen.

**8. Årsredovisning 2021 för äldrenämnden (ÄLN 2022/9)**

**Förslag till beslut**

Äldrenämnden godkänner årsredovisning 2021 och beslutar att överlämna den till kommunfullmäktige.

**9. Revidering riktlinje ledningssystem för god kvalitet (ÄLN 2022/15)**

**Förslag till beslut**

Äldrenämnden antar reviderad riktlinje ledningssystem för god kvalitet enligt bilaga 1 till tjänsteskrivelsen, daterad 2022-02-07.

Äldrenämnden

**10. Riktlinje för uppföljning av anordnare och utförare inom den sociala omsorgsprocessen (ÄLN 2022/2)**

**Förslag till beslut**

Äldrenämnden antar föreslagen riktlinje för uppföljning av anordnare och utförare inom sociala omsorgsprocessen enlighet med bilaga 1 i tjänsteskrivelsen. Den nya riktlinjen ersätter Riktlinje - Uppföljning och granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten (bilaga 2 till tjänsteskrivelsen).

**11. Yttrande över revisionskrivelse och revisionsrapport A nr 6/2021 - Granskning av den medicinska kompetensen och patientsäkerheten inom äldreomsorgen vid särskilda boenden (ÄLN 2021/212)**

**Förslag till beslut**

Äldrenämnden antar förslaget yttrande över revisionskrivelse och revisionsrapport A nr 6/2021 - Granskning av den medicinska kompetensen och patientsäkerheten inom äldreomsorgen vid särskilda boenden.

Beslutet justeras omedelbart.

**12. Yttrande över revisionskrivelse C och revisionsrapport 7/2021 - Granskning av uppföljning och kvalitetskrav inom hemtjänsten (ÄLN 2021/220)**

**Förslag till beslut**

Äldrenämnden antar förslaget yttrande över revisionskrivelse C och revisionsrapport 7/2021 - Granskning av uppföljning oh kvalitetskrav inom hemtjänsten.

Beslutet justeras omedelbart.

**13. Tilldelningsbeslut i upphandling av Profilplatser äldre (ÄLN 2021/117)**

**14. Beslut om verksamhetsbidrag 2022 till Röda Korset Nackakretsen (ÄLN 2021/202)**

**Förslag till beslut**

Äldrenämnden bifaller delvis ansökan om verksamhetsbidrag för 2022 till Röda Korset Nackakretsen organisationsnummer 814 000 - 4444 med 80 000 kronor. Verksamhetsbidragets användning ska redovisas skriftligen till äldrenämnden senast den 1 november 2022.

**15. Information från äldreheten samt social- och äldredirektören**



**NACKA**  
KOMMUN

Kallelse/föredragningslista  
23 februari 2022

Äldrenämnden

16. Anmälan av delegationsbeslut (ÄLN 2022/27)
17. Anmälningar (ÄLN 2022/28)
18. Övriga frågor



# Kvalitetsberättelse för äldrenämnden 2021

6

ÄLN 2022/22

2022-02-07

TJÄNSTESKRIVELSE

Dnr: ÄLN 2022/22

## Kvalitetsberättelse för äldrenämnden 2021

### Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner kvalitetsberättelsen 2021.

### Sammanfattning

Kvalitetsberättelsen redogör för det kvalitetsarbete som bedrivits inom nämndens ansvarsområde under 2021 och kompletterar årsbokslutet och internkontrollplanen. Enheten har genomfört åtgärder inom alla områden där risker hade identifierats och framsteg har gjorts. Insatser har genomförts inom fallprevention, psykisk ohälsa och för att öka kunskaperna i svenska hos omsorgspersonal. Kontinuitetsbonus är införd för att öka tryggheten för hemtjänstkunderna. Den systematiska individuppföljningen (SIU) med kvalitetsfrågor har utvecklats för kunder som bor på särskilt boende. Resultatet visar att kunderna i upplever sig trygga och nöjda med sina boenden och får ett bra bemötande. För kommande år planerar äldreheten att vidareutveckla metodiken även till hemtjänst. Under kommande år kommer vi att arbeta vidare med att skapa effektiva flöden med "kundresan" som utgångspunkt.

### Ärendet

Kvalitetsberättelsen redogör för det kvalitetsarbete som bedrivits inom nämndens ansvarsområde under 2021, bland annat utifrån den antagna kvalitetsplanen. Kvalitetsberättelsen kompletterar årsbokslutet och internkontrollplanen och är en del av årets redovisning.

De risker som identifierades i kvalitetsplan 2021 var bristande uppföljning på individ- och gruppnivå, låg personalkontinuitet, risk för fallskador, ökad risk för suicid bland äldre, bristande stöd till anhörigvårdare, risker med vård i livets slutskede och bristande kompetens hos omsorgspersonalen. Enheten har genomfört åtgärder inom samtliga områden och framsteg har gjorts.

Den systematiska individuppföljningen (SIU) med kvalitetsfrågor har utvecklats för kunder som bor på särskilt boende (säbo) och en ny metodik med ökat kundfokus har tagits fram som framgångsrikt har genomförts på fyra särskilda boenden under hösten. Resultatet visar att kunderna på säbo upplever sig trygga och nöjda med sina boenden och får ett bra bemötande. Utvecklingsområden är genomförandeplaner, kontaktmannaskap, individuella aktiviteter och dokumentation av fall- och trycksårsförebyggande åtgärder. För kommande år planerar äldreheten att

vidareutveckla metodiken även till hemtjänst. Uppföljningarna av hemtjänstanordnarna visar på behov av att systematisera arbetet med mer regelbundna riskbedömningar hos kunderna, bland annat inom det hälsofrämjande och förebyggande området: fall, munvård och kost/nutrition.

Kontinuitetsbonus har införts inom hemtjänsten, och en analys av hur den ska kunna åstadkomma ännu högre personalkontinuitet för kunderna har inletts.

Helhetssyn och samordning är två viktiga aspekter i omställningen mot en nära vård. I Nacka finns 19 utförare av hemtjänst och regionen har i sin tur 11 vårdcentraler, vilket synliggör behovet av strukturer och rutiner för samverkan och som fortsatt utgör en risk för kunden. Många av välfärdslösningarna rör hemsjukvården, vilket är regionens ansvarsområde i Stockholms län och därför något att utveckla mer samverkan kring.

Riskerna inom området kunskapsbaserad verksamhet för bristande kompetens inom äldreomsorgen är en risk i hela landet. Nya kundvalsvillkor med höjda kompetenskrav träder i kraft under 2022 tillsammans med höjda checknivåer i syfte att minska denna risk. Äldreenheten kommer att arbeta vidare med kommunikativa insatser för att personal ska kunna delta i utbildningsinsatser som äldreomsorgslyftet.

Risker i kommunikation och tillgänglighet mellan äldreenheten, kund och anordnare har synliggjorts och det är ett utvecklingsområde för 2022, liksom fortsatt risk för digitalt utanförskap, som framför allt gäller de äldre seniorer som är över 85 år.

På äldreenheten har vi sett förbättringar i handläggningen. Den omorganisation som genomfördes i biståndshandläggargruppen under hösten kommer att ytterligare att underlätta utvecklingsarbetet. En ökad användning av utredning enligt IBIC är en annan viktig faktor för att utveckla kvaliteten i utredningarna och öka självbestämmande och integritet.

Avslutningsvis krävs fortsatt arbete med att skapa effektiva flöden med "kundresan" som utgångspunkt och digitala lösningar och välfärdsteknik som bidrar till ökad självständighet och trygghet för våra kunder.

## **Ekonomiska konsekvenser**

Kvalitetsberättelsen innebär inga konsekvenser för ekonomin.

## **Konsekvenser för barn**

Kvalitetsberättelsen innebär inga konsekvenser för barn.

## **Bilagor**

1. Kvalitetsberättelse för äldrenämnden 2021



Åse Linnerbäck  
Biträdande social- och äldredirektör

Ellinor Egefors  
Enhetschef  
Äldreenheten



# KVALITETSBERÄTTELSE 2021

## ÄLDRENÄMNDEN

## Innehållsförteckning

<b>1 Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>2 Inledning.....</b>	<b>3</b>
<b>3 Verksamhetens målgrupper .....</b>	<b>4</b>
<b>4 Underlag för analys .....</b>	<b>4</b>
4.1 Enkäter och kundundersökningar .....	4
4.2 Systematisk uppföljning av insatser .....	5
4.3 4.3 Nationella undersökningar.....	6
4.4 Utförare och anordnare: insatsutbud.....	7
4.5 Uppföljning och granskning av utförare.....	7
4.6 Granskningar och kartläggningar .....	9
4.7 Avvikelser interna och externa .....	10
4.8 Annan tillsyn .....	11
4.9 Personal och kompetensförsörjning.....	12
<b>5 <i>Analys av verksamhetens kvalitet</i>.....</b>	<b>12</b>
5.1 Självbestämmande och integritet.....	12
5.2 Helhetssyn och samordning.....	13
5.3 Trygghet och säkerhet .....	14
5.4 Kunskapsbaserad verksamhet.....	15
5.5 Tillgänglighet .....	15
5.6 Effektivitet.....	16
<b>6 <i>Slutsatser och förslag på förbättringar</i> .....</b>	<b>16</b>

## 1 Sammanfattning

De risker som identifierades i kvalitetsplan 2021 var bristande uppföljning på individ- och gruppnivå, låg personalkontinuitet, risk för fallskador, ökad risk för suicid bland äldre, bristande stöd till anhörigvårdare, risker med vård i livets slutskede och bristande kompetens hos omsorgspersonalen. Enheten har genomfört åtgärder inom alla områden och framsteg har gjorts.

Den systematiska individuppföljningen (SIU) med kvalitetsfrågor har utvecklats för kunder som bor på särskilt boende (säbo) och en ny metodik med ökat kundfokus har tagits fram som framgångsrikt har genomförts på fyra särskilda boenden under hösten. Resultatet visar att kunderna på säbo upplever sig trygga och nöjda med sina boenden och får ett bra bemötande. Utvecklingsområden är bemötandefrågor, genomförandeplaner, kontaktmannaskap, individuella aktiviteter och dokumentering av fall- och trycksårspåbyggande åtgärder. För kommande år planerar äldreheten att vidareutveckla metodiken även till hemtjänst. Uppföljningarna av hemtjänstanordnarna visar på behov av att systematisera arbetet med mer regelbundna riskbedömningar hos kunderna, bland annat inom det hälsofrämjande och förebyggande området: fall, munvård och kost/nutrition.

Kontinuitetsbonus har införts inom hemtjänsten, och en analys av hur den ska kunna åstadkomma ännu högre personalkontinuitet för kunderna har inletts.

Helhetssyn och samordning är två viktiga aspekter i omställningen mot en nära vård. I Nacka finns 19 utförare av hemtjänst och regionen har i sin tur 11 vårdcentraler, vilket synliggör behovet av strukturer och rutiner för samverkan och som fortsatt utgör en risk för kunden. Många av välfärdslösningarna rör hemsjukvården, vilket är regionens ansvarsområde i Stockholms län och därför något att utveckla mer samverkan kring.

Riskerna inom området kunskapsbaserad verksamhet för bristande kompetens inom äldreomsorgen är en risk i hela landet. Nya kundvalsvillkor med höjda kompetenskrav träder i kraft under 2022 tillsammans med höjda checknivåer i syfte att minska denna risk. Äldreheten kommer att arbeta vidare med kommunikativa insatser för att personal ska kunna delta i utbildningssatsningar som äldreomsorgslyftet.

Risker i kommunikation och tillgänglighet mellan äldreheten, kund och anordnare har synliggjorts och det är ett utvecklingsområde för 2022, liksom fortsatt risk för digitalt utanförskap, som framför allt gäller de äldre seniorerna över 85 år.

På äldreheten har vi sett förbättringar i handläggningen. Den omorganisation som genomfördes i biståndshandläggargruppen under hösten kommer att ytterligare att underlätta utvecklingsarbetet. En ökad användning av utredning enligt IBIC är en annan viktig faktor för att utveckla kvaliteten i utredningarna och öka självbestämmande och integritet.

Avslutningsvis krävs fortsatt arbete med att skapa effektiva flöden med "kundresan" som utgångspunkt och digitala lösningar och välfärdsteknik som bidrar till ökad självständighet och trygghet för våra kunder.

## 2 Inledning

Enligt socialtjänstlagen ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Den verksamhet som bedrivs enligt lagar och andra föreskrifter inom nämndens områden ska vara av god kvalitet. Det innebär bland annat att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller samt att verksamheten präglas av rättssäkerhet, god tillgänglighet, respektfullt

bemötande, delaktighet samt att beviljade insatser bygger på bästa tillgängliga kunskap och utförs effektivt

Enligt föreskrifterna ska verksamheterna identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamheternas kvalitet. Detta ska i sin tur ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

Kvalitetsberättelsen redogör för det kvalitetsarbete som bedrivits inom nämndens ansvarsområde under 2021, bland annat utifrån den antagna kvalitetsplanen. Kvalitetsberättelsen kompletterar årsbokslutet och internkontrollplanen samt är precis som patientsäkerhetsberättelsen en del av årets redovisning.

Kvalitetsarbetet ska ha en tydlig struktur och genom allas delaktighet skapa en lärande organisation som ger förutsättningar för ett kontinuerligt förbättringsarbete.

### **3 Verksamhetens målgrupper**

Äldrenämnden fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten, (exklusive ekonomiskt bistånd) kommunal vård och omsorg och de uppgifter som enligt annan lag eller författning ankommer på socialnämnd avseende personer över 65 år. I detta ingår ansvar som ytterst vårdgivare enligt 11 kap 1§ hälso- och sjukvårdslagen. Nämnden ansvarar för myndighetsutövning för den enskilde som till exempel utredning och beslut om hemtjänst, trygghetslarm, dagverksamhet och särskilda boenden för äldre.

Inom äldreheten handläggs även bostadsanpassningsbidrag och vilken avgift den enskilde ska betala. Äldreheten ansvarar för färdtjänst men handläggningen utförs av kundserviceenheten.

I enhetens uppdrag innefattas att säkerställa att vi har utförare och anordnare som svarar upp emot målgruppernas behov av stöd och insatser, både nu och i framtiden. Enheten ansvarar bland annat för kvalitetsfrågor, översyn och utveckling av kundval, uppföljning av anordnare och kvalitetsgranskningar samt framtagande av nya insatser. Äldrehetens uppdrag är även att erbjuda hälsofrämjande och förebyggande insatser för personer över 65 år.

Äldrehetens målgrupper utgörs sammanfattningsvis av:

- Äldre med förebyggande och hälsofrämjande insatser
- Äldre med insatser i hemmet
- Äldre med insatser i särskilt boende

## **4 Underlag för analys**

### **4.1 Enkäter och kundundersökningar**

#### **Äldrehetens kundundersökningar**

Under 2021 genomfördes några mindre kundundersökningar främst via telefon och digitala kanaler. Kunder har bidragit till värdefull kunskap som använts bland annat som underlag till utveckling av förenklad handläggning och kundvalen i kommunen.

#### **Äldrehetens enkäter till anordnarna**

Under året har äldreheten genomfört en stående enkät där anordnarna inom hemtjänst och särskilt boende veckovis har rapporterat in när de har haft smittade kunder eller större frånvaro av personal. Syftet har varit att ha underlag för kontinuerliga riskbedömningar och för att kunna ha en beredskap och vidta åtgärder. Underlaget har också rapporterats till



kommunens centrala krisledningsfunktion.

## **4.2 Systematisk uppföljning av insatser**

Systematisk individuppföljning handlar om att löpande beskriva och mäta den enskildes problem och behov, insatser och resultat. Informationen sammanställs på gruppnivå i syfte att se mönster som ligger till grund för att utveckla och förbättra verksamheten.

Under 2019 implementerades en ny metod för individuppföljningar på särskilt boende (säbo) som sedan pausades när besöksförbud infördes på grund av pandemin. Under 2021 har individuppföljningarna återupptagits. Uppföljningarna har genomförts i samband med kvalitetsgranskningar av särskilda boenden. 89 kunder på fem boenden har intervjuats enligt ett internt framtaget formulär. Omvärldsbevakning har legat som bas för frågorna, samt Socialstyrelsens årliga undersökning ”Vad de äldre tycker om äldreomsorgen?”. Svaren har sammanställts och använts bland annat som underlag i granskningarna. Resultatet visar att kunderna på säbo upplever sig trygga och nöjda med sina boenden (97%) och får ett bra bemötande (99%) av både omsorgs och hälso- och sjukvårdspersonal. Utvecklingsområden utifrån kundperspektiv är till viss del ensamhetsfrågan, där 16% av kunderna ofta besväras av känslan av ensamhet, medan några accepterar den som en naturlig del i livet och åldrandet. 43% upplever sig inte ensamma. Andra utvecklingsområden är mat- och måltider (79% nöjda med maten och 86% tyckte om måltidsstunderna), grupp- och individuella aktiviteter (ca 80% för båda) samt eget bestämmande om hur man får sin hjälp utförd (85% nöjda). Kontaktmannaskap och genomförandeplaner är ett område där anordnarna inom säbo behöver ha tydligare kommunikation med kunderna om vem som är kontaktpersonen till kunden och vad en genomförandeplan är för något.

För hemtjänstkunder har inte systematisk individuppföljning genomförts. Orsakerna är dels resursbrist i form av en ovanligt stor mängd ärenden per biståndshandläggare, men det finns också strukturella och organisatoriska orsaker. Med anledning av detta har äldreheten omorganiserats (se stycke 4.9) och fått en ökad personaltjänst för 2022.

### **4.3 4.3 Nationella undersökningar**

Socialstyrelsens årliga nationella brukarundersökning för kunder med hemtjänst och särskilt boende är den brukarundersökning som äldrenämnden brukar använda för att mäta kundnöjdhet och ligger till grund för flera av äldrenämndens indikatorer; ”*Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*”. Under 2021 har Socialstyrelsen tyvärr inte genomfört undersökningen till följd av en försenad upphandling. Undersökningen kommer istället att genomföras under 2022.

Socialstyrelsens Öppna Jämförelser gör det möjligt att jämföra socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla socialtjänstens verksamheter på olika nivåer.

I Öppna Jämförelser redovisas kommuners personalkontinuitet, det vill säga hur många olika personal en kund träffar under en tvåveckorsperiod. För mätperioden var Nackas personalkontinuitet 11, vilket placerar oss bland de 25 procent bästa i landet och i mitten av kommunerna i länet.

#### **Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvård**

Anordnare av särskilda boenden för äldre registrerar och använder ett antal nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvård i sitt systematiska kvalitetsarbete. Resultaten visar olika kvalitetsmått som kan jämföras nationellt.

Vård i livets slutskede var ett fokusområde även under 2021 då det identifierades som en risk under 2020. Indikatorn som handlar om symtomlindring ligger på en hög nivå och närvaro/sällskap ökade från 64,6 % 2020 till 67,3 % 2021. Ingen kund som avled med covid-19 på särskilda boenden för äldre hade andnöd som inte har kunnat lindras. Samtliga särskilda boenden hade tillgång till syrgasbehandling via avancerad sjukvård i hemmet om behov uppstod. Nacka kommun hade i snitt liknande resultat som Stockholms län.

Registrering av symtom och upprättande av bemötandeplaner i BPSD-registret har fortsatt öka under 2021 i jämförelse med åren innan.

Riskbedömningar utifrån registreringar inom områdena nutrition, fall, inkontinens, trycksår och munhälsa genomförs regelbundet. Resultat för 2021 visar att andel åtgärdsplaner vid risk och andel utförda åtgärder vid risk har ökat jämfört med 2020. Andel kunder som hade risk för ohälsa ligger i samma nivåer som inom Stockholms stads särskilda boenden.

#### **4.4 Utförare och anordnare: insatsutbud**

Pandemin har lett till att utförarna har hittat nya möjligheter till att tillgodose kundernas insatser. De har ställt om verksamheterna och anpassat tjänsterna efter pandemin på ett bra sätt. Vissa utförare har sett fördelar med digitala arbetssätt och kommer hålla kvar dem så länge behov finns eller som komplement till ordinarie verksamhet.

Utförarna respektive civilsamhällets utförare inom hälsofrämjande och förebyggande insatser har fortsatt att ställa om sin verksamhet och anpassat utifrån pandemins olika faser.

Äldreheten har förstärkt arbetet med kommunikativa insatser genom utveckling av de nya sidorna **Senior i Nacka** på nacka.se samt annonseringar i lokaltidningen NackaVärmdöPosten för att nå så många som möjligt med information om förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter under pandemin.

Den öppna mötesplatsen i Forum Nacka öppnade i juni. Balansskola har delvis kunnat genomföras på plats i lokalen för öppna mötesplatsen, den nya aktiviteten ”skogsqigong” startades och ledarledd utomhusträning i Nackas utegym erbjöds. Projektet ”Väntjänst och anhörigdagrar med guldkant” var en riktad satsning på anhörigstöd samt att motverka ofrivillig ensamhet. Utvärdering av väntjänsten pågår men generellt nyttjades den mindre än förväntat.

90 + gympan utvidgades till 80 + i linje med äldrenämndens strategi samt utifrån målgruppens ökade behov av anpassad träning och social samvaro för fler seniorer. Utifrån pandemin har inte verksamheten kunnat genomföras i den planerade omfattningen och den förändrade inriktningen behöver utvärderas.

Dagverksamheterna var stängda i början av året men öppnades upp under våren, men med färre deltagare utifrån restriktionerna.

Case manager för äldre är en ny biståndsbedömd insats som infördes under senhösten. Implementering pågår. Syftet är att ge stöd till målgruppen vuxna över 65 år med komplexa vård- och stödsamordningsbehov i behov av särskilt stöd för att återupprätta en fungerande vardag eller för att minimera risken för att hamna i en svårt utsatt livssituation.

#### **4.5 Uppföljning och granskning av utförare**

Alla anordnare och utförare följs årligen upp genom en avtalsuppföljningsenkät som de själva besvarar. Den visar att utförarna själva fortfarande bedömer att kvaliteten i deras verksamheter sammantaget är god och att de uppfyller avtalsvillkoren. De allra flesta anordnare uppger att de uppnår kraven kring personalens utbildning samt kunskaper i svenska språket. Inom hemtjänsten anger fyra anordnare att en liten andel personal inte har tillräckliga kunskaper i svenska språket.

Äldreheten har, utöver anordnarmöten, haft regelbundna avstämningar med verksamheterna utifrån de olika restriktioner som har gällt.

##### **Kvalitetsgranskningar**

Under 2021 har uppföljningar skett i form av kvalitetsgranskningar samt särskilt riktade granskningar i form av tematiska kvalitetsuppföljningar. Tematiska granskningar har planerats utifrån de identifierade riskerna i kvalitetsplanen för 2021 och äldrehetens risk- och konsekvensanalyser.

Inom kundvalet **särskilda boenden** har en kvalitetsgranskning och tre tematiska granskningar

genomförts. Äldreheten har under året utvecklat metodiken vid de tematiska granskningarna mot ökat fokus på kund- och resultat kvalitet, vilket har fått god respons från anordnarna.

Den tematiska kvalitetsuppföljningen består av tre delar: systematiska individuppföljningar i form av strukturerade kundintervjuer på plats utförda av biståndshandläggare, anordnarnas egenkontroller utifrån äldrehetens identifierade risker samt verksamhetsbesök med intervjuer och samtal om relevanta kvalitetsaspekter utfört av medicinsk ansvarig sjuksköterska och kvalitetsutvecklare.

Tematiska granskningar har utförts inom följande områden:

*Basala hygienrutiner:* Samtliga särskilda boende följer och har regelbundna utbildningar inom basala hygienrutiner. Egenkontroller utförs regelbundet.

*Läkemedelsgenomgångar:* Samtliga uppföljda särskilda boenden utför regelbundna läkemedelsgenomgångar enligt riktlinje för läkemedelsgenomgångar inom Region Stockholm.

*Bemötande:* Resultat från verksamheternas egenkontroller samt intervjuer med medarbetare visar att uppföljda boenden har bra bemötande mot kunderna, vilket de systematiska individuppföljningarna bekräftar. Verksamheterna har identifierat utvecklingsbehov och skapat handlingsplaner vad gäller insatser nattetid, kommunikation om kontaktmannaskap till kunderna och förtydligande av genomförandeplaner. Kunderna har haft synpunkter att personalen verkar stressad, vilket är ett utvecklingsområde för verksamheterna.

*Teamarbete mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal:* Enligt resultat från egenkontrollerna och dialog med personal och ledning bedöms de uppföljda särskilda boendena ha ett fungerande teamarbete mellan hälso- och sjukvårdspersonal med regelbundna teammöten och tydliga kommunikationsvägar.

*Fallförebyggande* arbete sker kontinuerligt med stöd av tydliga rutiner och möten. Verksamheterna har i egenkontrollerna identifierat utvecklingsområden gällande fallprevention i genomförandeplanerna. De har tagit fram handlingsplaner för att förbättra denna dokumentering.

*Mat och nutrition:* Enligt äldrehetens observationer är måltiderna en trevlig stund på dagen. Personalen har bra bemötande mot kunderna. De som behöver hjälp får adekvat hjälp och personalen sitter med kunderna under tiden de äter och är behjälpliga både med att konversera och att fysiskt hjälpa till utifrån behov. Miljön är trevlig och kunderna får välja mellan olika rätter. De systematiska individuppföljningarna bekräftar att måltiderna och måltidsmiljön är trevliga, men alla kunder är inte eniga om maten smakar bra.

*Aktiviteter* Egenkontroll av verksamhetens aktiviteter visar att verksamheterna planerar aktiviteter utifrån kundernas intresse och behov. De uppföljda boendena har aktiviteter varje dag och de systematiska individuppföljningarna bekräftar att de flesta kunderna är nöjda med den sociala samvaron och aktiviteterna. Dock tycker en del kunder att det borde finnas mer variation på aktiviteter och anordnarna har tagit fram handlingsplaner för detta. Verksamheterna har själva identifierat ett utvecklingsbehov kring individuella aktiviteter och tagit fram handlingsplaner för detta. Av de fyra särskilda boendena där systematiska individuppföljningar har utförts är ungefär 82% nöjda eller mycket nöjda med aktiviteterna.

Sammanfattningsvis handlar utvecklingsområden om bemötandefrågor, ökad delaktighet för kunden i genomförandeplaner, tydligare information om vem som är kundens kontaktperson, individuella aktiviteter och dokumentering av fall- och trycksårsförebyggande åtgärder.

Ett särskilt boende har avauktorerats på grund av allvarliga brister. Anordnaren varnades vid två tillfällen innan avauktoriseringen. Då flera av bristerna förekommit under lång tid samt att de kvarstod fattade äldregruppen beslut om avauktorisering den 16 juni. Den började gälla från 16 december.

Inom kundvalet **hemtjänst, ledsagning och avlösning** har två kvalitetsgranskningar och tre tematiska granskningar genomförts. Vid en av granskningarna uppmärksammades allvarliga kvalitetsbrister och anordnaren varnades i december. Resultatet visar att hemtjänstanordnarna arbetar med fallförebyggande åtgärder hos kunderna på olika sätt, där vissa har ett behov att systematisera arbetet med mer regelbundna riskbedömningar hos kunderna. Andra utvecklingsområden som noterats är inom det hälsofrämjande och förebyggande området: munvård och kost/nutrition. Granskningarna visar att hemtjänstanordnarna har genomtänkta rutiner när det kommer till bemötandefrågor. Till 2022 kommer granskningarna inom hemtjänst kompletteras med systematisk individuppföljning.

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) införde 2019 **tillståndsplikt** för hemtjänst. Några av anordnarna fick inte tillstånd från IVO. Två anordnare har under 2021 avauktorerats på egen begäran då de överlätit sina verksamheter till andra anordnare efter att domstol fastställt att IVOs beslut gäller. Nu har alla anordnare inom kundvalet IVO-tillstånd.

## 4.6 Granskningar och kartläggningar

### Rättssäkerhetsgranskningar

Under året har införandeprojektet av IBIC slutförts. I perioder har det varit ont om resurser på enheten i förhållande till ärendemängden och då har IBIC-utredningarna tillfälligt ersatts med traditionell och förenklad utredningsmodell. Visst arbete kvarstår med implementeringen under 2022.

Under våren granskade gruppchef journalanteckningar i samband med medarbetarsamtal. En rättssäkerhetsgranskning genomfördes sedan i november för att undersöka kvaliteten i biståndshandläggningen. Biståndshandläggare granskade varandras ärenden utifrån bestämda frågeställningar. 27 ärenden granskades.

Vid båda granskningarna framkommer att det finns behov av förbättring av dokumentationen och att utredning, bedömning och beslut hänger ihop. Detta har varit ett utvecklingsområde under 2021 som behöver fortsätta under 2022. Genom den nya organisationen som sattes den 4 oktober finns nu bättre förutsättningar för att öka kvaliteten på handläggningen av ärenden.

### Kundval 2.0 och nya specifika kundvillkor

Under 2021 har äldregruppen varit delaktiga i projektet ”Kundval 2.0”, ett projekt som omfattat alla enheter i kommunen som använder kundval. Projektet syftade till att förtydliga och renodla kundval i kommunen och var indelat i två etapper. Etapp 1 innebar en översyn av reglementet för kundval och avslutades när kommunfullmäktige i juni 2021 antog det nya reglemente som började gälla 1 augusti 2021. Nya specifika villkor för kundvalen inom

äldreträmmnden antogs i oktober och började gälla från den första december 2021. I dessa infördes några kvalitethöjningar främst att fast omsorgskontakt ska gälla inom särskilt boende samt hemtjänst, ökad sjuksköterskebemannning inom särskilt boende och höjt krav på andelen utbildad personal inom äldreomsorgen.

Etapp 2 i projektet kundval 2.0 fokuserade på att inventera och ge förslag på utveckling av kundvalen utifrån kunders, anordnares och medarbetares perspektiv och mynnade ut i en rapport. En genomgång av samtliga kundval visar att kundvalen i Nacka genomsyras av kommunens vision om öppenhet och mångfald. I de allra flesta kundval finns en mångfald av anordnare som levererar tjänster av god kvalitet. Anordnarna är nöjda med samarbetet med kommunen vilket ger goda möjligheter till fortsatt utveckling. I rapporten presenterades utvecklingsområden för kundvalen.

### **Språkkompetens i äldreomsorgen**

I kommunens Mål och budget 2021–2023 gav kommunfullmäktige i särskilt uppdrag till äldreträmmnden att ”ta initiativ för att förbättra språkkunskaperna i svenska hos personal i äldreomsorgen”. En utredning genomfördes för att utreda hur språkkunskaperna bäst skulle utvecklas. I utredningen inhämtades anordnas synpunkter via enkät och workshop, en omvärldsanalys genomfördes. Äldreträmmnden beslutade att satsa på att utbilda språkkombud samt genomföra en digital språkkurs. De specifika kundvalsvillkoren har också ändrats i enlighet med detta, se ovan.

### **Förstudie ur kundperspektiv om att ansöka om hemtjänst**

Med hjälp av medel ur framtidsfonden har en förstudie genomförts i syfte att utveckla förenklad handläggning i ansökningsprocessen av vissa hemtjänstinsatser. En beskrivning ur kundperspektiv i form av en så kallad ”kundresa” har tagits fram i den förstudie som har genomförts. Den framhåller vikten av att paketera konceptet ”hemtjänstinsatser” tydligare, och säkerställa att kunder och anhöriga får bästa möjliga förutsättningar för att förstå och vilja göra ansökan digitalt.

## **4.7 Avvikelser interna och externa**

Under 2021 rapporterades en lex Sarahrapport inom äldreträmmheten. Missförhållandet bestod i att en muntlig ansökan om särskilt boende inte utreddes. En anledning till bristen var att biståndshandläggarna inte dokumenterade tillräckligt. Utifrån detta har biståndshandläggarna delvis ändrat arbetssätt och åtgärder pågår för att förbättra dokumentationen.

Äldreträmmheten registrerade och följde upp 36 synpunkter och klagomål på anordnare av hemtjänst och 24 har handlat om särskilda boenden inom kundval, profilboenden och korttidsboenden. Klagomålen kom från kunder, anhöriga eller andra utomstående personer. 12 är interna avvikelser där fem har handlat om myndighetsutövning. De övriga är informationsärenden, frågor eller ospecificerat.

Klagomålen och synpunkterna har bland annat handlat om:

- Hemtjänst: misstanke om fusk i verksamheter, klagomål om skyddsutrustning och information om personalen är covid-vaccinerade, matlådeleverans när matleverantör byttes och kundbemötande.

- Särskilda boenden, profilboenden, och korttidsboenden: mat, hygien och bemötande.

I anordnarna och utförarnas egna verksamheter rapporterades och utreddes totalt 13 Lex-Sarharrapporter inom hemtjänst från fyra olika anordnare. Inom särskilt boende för äldre upprättades 20 lex-Sarharrapporter. På ett särskilt boende för äldre inträffade en allvarlig vårdskada (lex Maria) vilket har rapporterats till Inspektionen för vård och omsorg.

#### **4.8 Annan tillsyn**

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har under 2021 genomfört tillsyn i 7 olika ärenden. De har handlat om följande:

1. IVO mottog ett klagomål om Nacka kommuns besöksbegränsningar på särskilda boenden under pandemin. I beslut den 14 juni 2021 konstaterade IVO en brist när det gällde att verksamheten hade begränsat besök på särskilda boenden i Nacka kommun. IVO bedömde utifrån nämndens redovisning att åtgärder vidtagits för att komma tillrätta med den brist IVO tidigare uppmärksammat i tillsynen. Efter att ha tagit del av äldrenämndens redovisning av sin inställning till påtalad brist gör IVO bedömningen att nämnden nu förstår att det inte varit förenligt med gällande regelverk att endast tillåta besök när särskilda skäl föreligger, till exempel vid vård i livets slutskede eller att besökare kunnat visa upp ett antikroppstest.
2. En anhörig har anmält vården på ett särskild boende till IVO. Efter tillsyn kritiserade IVO sjuksköterskan som inte hade utfört sårbehandlingen optimalt. Vårdgivaren har vidtagit åtgärder som IVO har bedömt som relevanta. Nacka kommun har följt upp att åtgärderna har gett resultat.
3. En tidigare anställd personal har anmält att kvaliteten i vården och omsorgen har varit bristfällig på ett särskilt boende för äldre. Efter tillsyn bedömde IVO att det inte föreligger några brister i verksamheten.
4. En anhörig har anmält ett särskilt boende för äldre om bristande vård i livets slutskede. IVO har gjort tillsyn i verksamheten men de har ännu inte tilldelat sitt beslut.

Vid den tematiska granskningen som genomfördes i oktober 2021 följdes även registreringar i Palliativa registret upp. Verksamheten har enligt registret förbättrat den palliativa vården under perioden september 2020 – september 2021, 71,4 % jämfört med perioden september 2019 – september 2021, 59,4 %. Förbättringar har skett främst när det gäller smärtskattning och närvaro i dödsögonblicket.

5. I samband med att en kund drabbades av en fraktur anmälde det särskilda boendet händelsen som en allvarlig vårdskada (lex Maria) till IVO. Även ambulanssjuksköterskan anmälde händelsen till IVO. Detta ledde till en tillsyn och bedömningen från IVO var att det inte fanns några brister i verksamheten eller hälso- och sjukvårdspersonalens agerande och bedömningar.
6. Boende insjuknar i Covid-19 och avlider efter 13 dagar, anmälan från anhörig att ingen undersökning eller bedömning gjordes av ansvarig läkare under sjukdomsperioden. Yttrande från den ansvariga läkarorganisationen och från verksamheten har inlämnats till IVO. Svar på IVOs tillsyn har ännu inte inkommit.
7. Med anledning av covid-19-pandemin genomförde IVO under 2020 en särskild tillsynsinsats som fokuserade på medicinsk vård och behandling till äldre på särskilt boende i egen regi. IVO inledde under sommaren en uppföljande tillsynsinsats avseende samma målgrupp. Resultat från tillsynen har inte presenterats.

Totalt har tre ärenden från tre olika särskilda boenden har anmälts till Patientnämnden under 2021. Klagomålen har handlat om brister i omvårdnad som resulterade i trycksår, ifrågasättande av bemötande i samband med dödsfall och synpunkter på att boende blivit smittad av covid-19. I samtliga ärenden har verksamhetsansvariga varit i kontakt med anmälarna.

## **4.9 Personal och kompetensförsörjning**

Året inleddes med konsultstöttat arbete för att vidareutveckla den interna organisationen i biståndshandläggargruppen. Efter den genomlysning av arbetsmiljön som hade gjorts genomfördes en workshopserie under våren med alla medarbetare. Nya gruppchefer rekryterades. En andra gruppchef rekryterades externt. Den nya organisationen med två biståndshandläggarteam ledda av två gruppchefer inleddes sedan i oktober.

Arbetsbelastningen inom biståndshandläggargruppen har fortsatt varit hög under 2021. Det beror på ett periodvis mycket högt inflöde av kunder. I jämförelse med andra kommuner är antalet ärenden per biståndshandläggare mycket högt; ca 130 ärenden. I november fastställdes kommunens budget, vilket innebar att äldreheten fick tillskott för att kunna utöka antalet biståndshandläggartjänster.

I oktober slutade gruppchefen för kvalitet och stödgruppen och ersattes av en tillfällig gruppchef samtidigt som en översyn av den sociala omsorgsprocessens tre kvalitet och stödgrupper inleddes. Detta ledde till beslut om omorganisering, under 2022, vilket innebär att de tre kvalitetsgrupperna delas till två kvalitetsgrupper och en grupp för digital utveckling och stöd. Detta bedöms leda till ökade synergieffekter, ökad kompetens och förbättrad samordning.

Äldrehetens medarbetare haft följande kompetensutveckling under året:

- Fortsatt utbildning i suicidprevention MHFA, genomförd i smågrupper med extern utbildare
- Klarspråksutbildning med extern utbildare för kvalitetsutvecklare
- Grupputveckling för biståndshandläggare och chefer med externa konsulter
- Chefer har gått SKRs nationella e-utbildning i Nära vård

## **5 Analys av verksamhetens kvalitet**

### **5.1 Självbestämmande och integritet**

”Den enskilde ska vara delaktig, ha inflytande och ges möjlighet till egna val.”

Den största risk som identifierades i kvalitetsplanen för 2021 var att kunder inte följs upp systematiskt. I planen beskrivs att äldreheten ska arbeta för att utreda och implementera ett mer standardiserat sätt för att följa upp kundernas behov. Genom standardiserade frågor skapas även möjlighet till en ökad kunskap om målgruppen. Statistik kan användas för uppföljning av kvalitet inom anordnarnas verksamhet samt för att säkerställa att vi har rätt insatser för målgruppen.

Utredningsdokumentation har varit ett utvecklingsområde under 2021 och som behöver fortsätta. Den omorganisation som genomfördes i biståndshandläggargruppen under hösten kommer att underlätta utvecklingsarbetet. En ökad användning av utredning enligt IBIC är en viktig faktor för att utveckla kvaliteten i utredningarna och öka självbestämmande och integritet. Under året har implementeringen av IBIC gått långsammare än planerat på grund



av hög arbetsbelastning. Att utreda enligt IBIC som tar mer tid i anspråk jämfört med tidigare utredningsmetod.

De systematiska individuppföljningarna (SIU) som har genomförts på särskilt boende under hösten ger ökade möjligheter att ta tillvara på kundernas upplevelser. Resultaten av SIU har lyfts upp vid verksamhetsbesöken i dialogform för att öka kundfokus på kvalitetsuppföljningarna. Detta har skapat möjligheter för verksamheterna att ta fram åtgärdsplaner för verksamhetsförbättring som direkt rör kunden, till exempel möjligheterna till individuella aktiviteter.

Individuppföljningen inom hemtjänst utförs fortfarande inte helt tillfredsställande på grund av fortsatt hög arbetsbelastning för biståndshandläggarna. Uppföljningarna som görs utgår i nuläget främst från inkommen information om nya eller förändrade behov hos befintliga kunder. Införande av systematisk individuppföljning (SIU) med liknande metodik som på särskilt boende planeras också. Med den nya organisationen med två chefsledda team samt tillskott av tjänster skapas bättre möjligheter för detta.

Då Socialstyrelsen inte har gjort sin årliga undersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?” under året saknas data kring hur kunder i stort upplever sin delaktighet och inflytande. Sammanställningen av individuppföljningarna på särskilt boende visar att 97% av de tillfrågade kunderna på säbo upplever sig trygga och nöjda med sina boenden och att 85% är nöjda med att ha kunnat påverka hur de får sin hjälp utförd. Kontaktmannaskap och genomförandeplaner är ett område där anordnarna inom säbo behöver ha tydligare kommunikation med kunderna om vem som är kontaktpersonen till kunden och vad en genomförandeplan är för något.

I oktober fattade äldrenämnden beslut om **nya kundvals villkor** för alla kundval. Ett av de nya kraven på området självbestämmande och integritet är att anordnarna måste använda auktoriserad tolk vid behov vid upprättande och uppföljning av genomförandeplan så att kundens delaktighet säkerställs.

## **5.2 Helhetssyn och samordning**

”Utgår från den enskildes samlade livssituation med samordnade insatser som präglas av kontinuitet.”

Inför 2021 noterades att antal fallskador för personer som är 65 år och äldre är högre i Nacka i jämförelse med andra kommuner. I kvalitetsplanen beslutades därför att vidta en rad aktiviteter för att säkerställa att kundernas samlade behov tillgodoses. Näringsintag och läkemedelsanvändning har stor betydelse för att förebygga fallskador. Vid de granskningar som genomförts under året av anordnarna inom särskilt boende har det varit fokus på mat och måltider och måltidsobservationer har genomförts.

Enheten har gjort en omvärldsanalys samt tagit fram förslag på åtgärder i syfte att arbeta för **tidig upptäckt av fallrisk**. Denna utredning är i stort sett klar och kommer att presenteras för äldrenämnden i början av 2022. Utredningen visar bland annat på vikten av mer uppsökande arbete samt behov att utveckla samverkan med regionen för att nå fler invånare som har en ökad risk för fallskador. I samband med att riktlinjerna för biståndsbedömning inom äldrenämnden reviderades utökades insatsen promenad till det bredare begreppet fysisk aktivitet, vilket möjliggör rörelseaktivitet även inomhus. Äldrekoordinator planeras som en ny funktion för att med bland annat systematiska hälsosamtal vidareutveckla det uppsökande och fallförebyggande arbetet.

Rutiner för läkemedelsanvändningen har följts upp i samband med uppföljningarna av särskilt boende.

Beslut om att upphöra med att ta emot delegeringar från regionen fattades av äldrenämnden i juni. Avsikten är att öka patientsäkerheten och låta regionen få ta det hälso- och sjukvårdsansvar som de har utifrån att Nacka inte har kommunaliserad hemsjukvård. I Nacka finns 19 utförare av hemtjänst och regionen har i sin tur 11 vårdcentraler, vilket **synliggör behovet av strukturer och rutiner för samverkan** och som fortsatt utgör en risk för kunden. Många av välfärdslösningarna rör hemsjukvården, vilket är regionens ansvarsområde i Stockholms län och därför något att utveckla mer samverkan kring.

Inom äldreområdets ansvarsområde finns det risker i att kunder med komplexa behov inte får sina behov tillgodosedda fullt ut. Genom inrättande av den beprövade metoden **Case manager** ska denna risk minskas genom lotsning och samordning av vård- och omsorgsinsatser. Än så länge har få kunder beviljats denna insats och införandet fortsätter under 2022.

### 5.3 Trygghet och säkerhet

”Tjänsterna är rättssäkra enligt gällande regelverk och transparenta, vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom förebyggande arbete.”

Inom detta område identifierades fyra riskområden, varav tre lades till i kvalitetsplanen med anledning av pandemin.

En låg **personalkontinuitet** inom hemtjänsten kan leda till att kunderna upplever en ökad otrygghet och osäkerhet. I kvalitetsplanen beskrivs att ett fokus under året är att stimulera ökad personalkontinuitet inom hemtjänst genom att införa en kontinuitetsbonus samt att redovisa anordnarnas personalkontinuitet på Jämföraren. Det har skett en liten förbättring av personalkontinuiteten under 2021 och i slutet av året påbörjades en utvärdering av kontinuitetsbonusen som ännu inte är slutförd. Jämfört med andra kommuner är personalkontinuiteten relativt god.

En annan risk som identifierades var att nackabornas psykiska hälsa påverkas av ofrivillig ensamhet och isolering vilket kan leda till **en ökad risk för suicid**. Den här risken gällde både kunder som har insatser och övriga nackabor och har ökat under pandemin. Åtgärder har genomförts under året för att stärka det självmordspreventiva arbetet i form av utbildningsinsatser och framtagande av nya rutiner och checklistor. En annan åtgärd har varit fortsatt arbete med att skapa öppna mötesplatser för seniorer i hela Nacka. Öppen mötesplats i Forum Nacka hade officiell invigning i september och beslutsunderlag har tagits fram under hösten för att kunna utöka med fler träffpunkter för 2022.

En tredje risk i kvalitetsplanen var att kunder riskerar att inte få hjälp **om anhöriga inte får tillräckligt med återhämtning och stöd**. Utifrån detta har satsningar på anhörigvårdare genomförts under året i form av anhörigdagar med guldkant och en testverksamhet med väntjänst. Biståndshandläggarna har haft extra kontakt med **kunder som inte kunnat gå på dagverksamhet** för att säkerhetsställa att behovet är tillgodosett i hemmet samt erbjuda andra insatser vid behov, såsom exempelvis ledsagning, avlösning, stöd vid måltid, telefonstöd, tillsyn och utökade promenader.

En risk som ökat och som uppmärksammades utifrån pandemin var att **kunder riskerar att dö ensamma** om kvaliteten av vården i livets slutskede brister. Palliativa ombudsutbildningar för personal på särskilt boende har genomförts liksom kontroll av de åtgärdsplaner som togs fram för att utveckla vården i livets slutskede på särskilt boende.

Individuppföljningarna på särskilt boende visar att en stor majoritet av de tillfrågade kunderna känner sig trygga på boendet vilket betyder att verksamheterna har lyckats skapa trygghet trots svåra omständigheter i och med pandemin.

Under året har det fram till att Omikron och pandemins fjärde våg gjorde sitt intåg, varit låg grad av smitta i verksamheterna. Personalen har haft tillräcklig kunskap i basala hygienrutiner och använt smittskyddsutrustning.

## 5.4 Kunskapsbaserad verksamhet

”Tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter tas till vara.”

Nationella erfarenheter, särskilt under pandemin, visar att **kunskapsbrist hos anordnarnas personal** många gånger kan vara en anledning till missförhållanden för kund. Bristande kunskaper i svenska och adekvat kunskap för att kunna ge god omsorg försämrar kvaliteten för kunden. Utifrån konstaterade brister i **svenska** språket hos personal i verksamheterna fick äldreutredningen ett uppdrag av kommunfullmäktige att genomföra en språksatsning. Utredningen visade att två effektiva sätt att utveckla kunskaper i svenska var genom att genomföra en digital språkkurs för vissa medarbetare som behöver extra stöd samt att utbilda språkbud i verksamheterna.

Även den statliga satsningen äldreomsorgslyftet ger goda möjligheter för medarbetare till kompetensutveckling i svenska på betald arbetstid inom den kommunala vuxenutbildningen samt goda möjligheter för medarbetare att läsa till undersköterska, men även SFI och yrkeshögskoleutbildning för undersköterskor.

Äldreutredningen har arbetat med kommunikation och motivationsarbete för att anordnarna ska utnyttja erbjudandet om att utbilda personal på betald arbetstid. Intresset från anordnarna har till viss del varit svalt och en vanlig anledning till att inte delta eller hoppa av deltagandet har varit personalbrist hos anordnaren. Cirka 15 anställda av all omsorgspersonal har gått ut utbildningarna i svenska och 20 anställda har gått utbildningen till digitalt språkbud. Utbildningarna avslutas i februari 2022. I äldreomsorgslyftet har ca 20 personer inlett utbildning under året. Deltagandet i de tre kostnadsfria utbildningarna har varit störst från kommunens egenregi Valfärd Samhällsservice.

Pandemin har bidragit till en än mer pressad situation med ökade sjukskrivningar. Det råder också brist på omsorgspersonal och många av dem som uppfyller kraven i övrigt har bristande kunskaper i svenska. Genom att förtydliga språkraven i kundvillkoren kan incitamenten hos anordnare att satsa på språklig kompetens öka.

Uppföljning av basala hygienrutiner visar att denna kunskap är väl förankrad hos anordnarna och att rutinerna fungerar väl.

## 5.5 Tillgänglighet

”Det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. Information och kommunikation är begriplig och anpassad efter olika gruppers och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av ömsesidighet och dialog. Verksamheterna är fysiskt tillgängliga.”

Ingen stor risk inom området identifierades i kvalitetsplanen för 2021. Under året arbetade enheten med att öka tillgängligheten för kunder, anhöriga och anordnarna genom att ta fram en **informationsbroschyr** om kvaliteten inom särskilt boende för äldre. En risk som behöver åtgärdas framåt är det **digitala utanförskapet** som många seniorer befinner sig i

## 5.6 Effektivitet

”Resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.”

Ingen stor risk fanns med i kvalitetsplanen för 2021.

Under året har flera förändringar genomförts för att skapa effektivare processer. I de nya riktlinjerna för bistånd betonas bland annat nyttjandet av digitala tjänster samt att kunder inte ska ha en obegränsad frihet att välja insatstyp oberoende av kostnad. Detta medför bland annat att vissa kunder med mycket stora omsorgsbehov inte kommer att kunna bo kvar hemma med omfattande hemtjänstinsatser.

Då dessa förändringar genomfördes i slutet av året har effekterna ännu inte märkts.

## 6 Slutsatser och förslag på förbättringar

De risker som identifierades för 2021 var bristande uppföljning på individ- och gruppnivå, risk för fallskador, låg personalkontinuitet, ökad risk för suicid bland äldre, bristande stöd till anhörigvårdare, risker med vård i livets slutskede och bristande kompetens hos omsorgspersonalen. Enheten har genomfört åtgärder inom alla områden och framsteg har gjorts.

När det gäller **självbestämmande och integritet** har den systematiska individuppföljningen (SIU) med kvalitetsfrågor utvecklats för kunder som bor på särskilt boende och en ny metodik har tagits fram som har genomförts på fyra särskilda boenden under hösten. För hemtjänst kommer detta att utvecklas under 2022. För fortsatt utvecklingsarbete med koppling till SIU, se område **effektivitet**.

Gällande **helhetssyn och samordning** har chefer och politiker deltagit i en nationell utbildning i Nära vård, anordnad av Sveriges kommuner och regioner (SKR). Enheterna inom sociala omsorgsprocessen har anställt en projektledare med hjälp av statliga medel för att fortsätta vårt arbete med omställningen mot en nära vård med primärvården i fokus och en mer sömlös samverkan mellan region och kommun. Det här gäller inte minst i samband med hemplanering och utskrivning från slutenvården, då kunden behöver få rätt insatser utifrån sina behov, och att tätare uppföljningar görs efter hemplaneringen av om insatserna är hjälpsamma. En viktig aspekt är att beakta hur insatser hjälper kunden att bibehålla funktioner.

Inom **trygghet och säkerhet** identifierades fyra riskområden med särskilda kopplingar till pandemin. Kontinuitetsbonus har införts, och en analys av hur den ska kunna åstadkomma ännu högre personalkontinuitet för kunderna har inletts. De andra riskerna har minskat efter att åtgärder har genomförts men de kommer fortsätta att följas under året.

En stor risk som kvarstår är risken för ofrivillig ensamhet och psykisk ohälsa. Förebyggande och hälsofrämjande arbete är därför särskilt viktiga under kommande år och äldreheten har förberett genom nya satsningar på träffpunkter, verksamhetsbidrag till föreningar som arbetar hälsofrämjande och ett nytt avtalsområde som bland annat innehåller äldrestödskoordinator. Psykisk ohälsa förväntas öka i takt med att många under en mycket lång tid levit isolerat, vilket också var en risk som enheten uppmärksammade redan innan pandemin började.

Fallskador var en risk som placerades under helhetssyn och samordning i förra årets kvalitetsplan, men som snarare bör ligga under området trygghet och säkerhet och som behöver fortsatt fokus inom det hälsofrämjande och förebyggande området.

**Kunskapsbaserad verksamhet** och riskerna för bristande kompetens inom äldreomsorgen är en fortsatt hög risk framåt. Den här risken är hög i hela landet, och är inte unik för Nacka. Även om åtgärder i form av kostnadsfri kompetensutveckling har genomförts har detta inte nått all personal i kommunen som behöver det. Nya kundvals villkor med höjda krav på undersköterskekompetens inom hemtjänsten och ökad sjuksköterskebemanning på särskilt boende träder i kraft under 2022 i syfte att minska denna risk. Fortsatt arbete med att utveckla incitament för goda kunskaper i svenska och omsorgskunskap hos personal behövs under 2022.

På äldreheten behövs fortsatt utveckling av handläggningen för att öka rättssäkerheten. De nya riktlinjerna för biståndsbedömning som antogs i slutet av 2021 ska nu implementeras. Som ett led i att åstadkomma ökad rättssäkerhet ändrades delegationsordningen så att gruppchefer fattar beslut när beviljad hemtjänst överstiger 160 timmar.

Risker i kommunikation och **tillgänglighet** mellan äldreheten, kund och anordnare uppmärksammades inte i kvalitetsplanen för 2021 men är en risk för 2022.

En annan risk är det digitala utanförskapet, som framför allt gäller de äldre äldre, som vi kommer att arbeta vidare med för att minska under 2022.

Individuppföljning i enskilda ärenden och systematisk uppföljning kommer vara ett utvecklingsområde under flera år framöver som en del i kvalitetsområdet **effektivitet**. Under året har inhämtande av information från våra kunder påbörjats. En struktur har satts för hur arbetet ska bedrivas. Viss information har kunnat sammanställas, men materialet behöver utökas för att kunna utgöra ett underlag för lokal kunskap. Utveckling behöver göras i verksamhetssystemet bland annat vad gäller måluppfyllelse och möjligheter att få fram data på gruppnivå.

Efter att upphandlingen av nytt verksamhetssystem samt digitala lås blev klart hösten 2021 kan nu äldreheten gå vidare med införande. Digitala lås bidrar till ökad trygghet för kunden samt effektivisering för anordnarna.

Avslutningsvis krävs fortsatt arbete med att skapa effektiva flöden med "kundresan" som utgångspunkt och digitala lösningar och välfärdsteknik som bidrar till ökad självständighet. Många av välfärdslösningarna rör hemsjukvården, vilket är regionens ansvarsområde i Stockholms län och därför något att utveckla mer samverkan kring.

# Resultat från uppföljning av internkontrollplan 2021

7

ÄLN 2022/21

2022-02-05

TJÄNSTESKRIVELSE

Dnr: ÄLN 2022/21

## Resultat från uppföljning av intern kontrollplan 2021

### Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner uppföljning av intern kontrollplan för 2021. Äldrenämnden överlämnar ärendet till kommunstyrelsen.

### Sammanfattning

Den interna kontrollen handlar ytterst om att bidra till kommunens verksamhet bedrivs ändamålsenligt och kvalitativt med invånarnas bästa för ögonen. Kommunfullmäktige fattade beslut om att uppdatera reglementet för internkontroll 2020. Enligt det uppdaterade reglementet ska internkontrollplanen följas upp och resultatet ska återrapporteras till nämnd och kommunstyrelse. Beslutet om den interna kontrollplanen för 2021 fattades av äldrenämnden i december 2020 och följer det nya reglementet. Kontrollerna har genomförts med i huvudsak godkänt resultat.

### Ärendet

År 2014 trädde bestämmelser om kommunernas och kommunkoncernens interna kontroll och riskhantering i kraft genom att bestämmelser om detta infördes i kommunallagen. Detta regleras ytterligare i kommunens reglemente för internkontroll som har uppdaterats under 2020. Den interna kontrollen handlar ytterst om att bidra till att kommunens verksamhet bedrivs ändamålsenligt och kvalitativt samt med invånarnas bästa för ögonen. Den interna kontrollen handlar om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten lever upp till målen kvalitativt och är kostnadseffektiv,
- att informationen om verksamheten och om den finansiella rapporteringen är ändamålsenlig, tillförlitlig och tillräcklig,
- att tillämpliga lagar, föreskrifter och styrande dokument följs samt
- att möjliga risker inringas, bedöms och förebyggs.

Detta ska enligt kommunens reglemente dokumenteras i en intern kontrollplan baserad på en risk- och väsentlighetsanalys som enligt reglementet genomförs årligen under november-december och som nämnden sedan fattar beslut om i december. Den interna

kontrollplanen följs upp i ett ärende till nämnden i samband bokslutet. Av det följer att beslut om ny intern kontrollplan fattas innan nämnden har fått ta ställning till återrapportering av den innevarande interna kontrollplanen.

### Uppföljning av kontrollmoment

Orsak	Risk	Kontrollmoment	Metod	Ansvarig	Frekvens
Att åtgärder/ kontroller upptagna i kvalitetsplanen för 2021 inte genomförs enligt tidplan	Brister i kvalitet inte upptäcks i olika led i processerna för barn och unga och vuxna som äldrenämnden ansvarar för enligt reglementet	Uppföljning av indikatorer och egenkontroller upptagna i kvalitetsledningssystem i Stratsys	Enligt rutin	Enhets- chef	Tertial
Otillåten direktupphandling	Kvalitetsbrist för den enskilde, brist i konkurrens på marknaden, korruption	Kontroll av genomförda direktupphandlingar	Stickprov	Gruppchef KOS	Tertial
Att Nacka inte upplevs som en attraktiv kommun att verka i av anordnare inom kundvalen.	Anordnare avstår från att auktorisera eller avauktorisera sig i Nacka	Kontrollera andel anordnare som är nöjda med att verka i Nacka	Enkät till anordnare	Gruppchef KOS	Årligen
Mutor och bestickning	Att felaktiga ersättningar betalas till fel leverantör	Kontroll att rutiner följs Upprätta rutiner för verksamheter med stor risk Omvärldspaning	Uppföljning av utvecklings- arbete	Enhets- chef	Årligen
Bedrägerier	Brister i kvalitet för kunden. Utbetalning av felaktiga ersättningar	Kontroll att rutiner följs Upprätta rutiner för verksamheter med stor risk Omvärldspaning	Uppföljning av utvecklings- arbete	Enhets- chef	Årligen
Felaktiga underlag eller handhavande fel vid registrering i system	Felaktig utbetalning	Stickprov och rimlighetskontroller mot underlag och tidigare perioder	Stickprov	Enhets- chef	Årligen
System eller rutiner inte fungerar som avsett gällande hantering av personuppgifter/ sekretess	Personuppgifter sprids på ett sätt som strider mot regelverket och som kan vara till skada för den enskilde	1. att det finns PUB-avtal där det behövs2. Antal personuppgifts- incidenter3. Antal avvikelser i loggkontroll	1-2 Uppföljning av dataskydds- ombudet 3 Logg- kontroll enligt fastställd rutin	Enhets- chef	Årligen, tertiäl



**Kvalitet i verksamheten**

Resultatet från genomförda granskningar inom ramen för den interna kontrollplanen återrapporteras mer detaljerat till nämnden i Kvalitetsberättelse 2021.

**Risk: Att åtgärder/ kontroller upptagna i kvalitetsplanen för 2021 inte genomförs enligt tidplan.**

Egenkontroller upptagna i kvalitetsplanen för 2021 har skett i enlighet med tidplan och åtgärder har vid behov vidtagits. Kvalitetsplanen följs upp i kvalitetsberättelsen i separat ärende till nämnden i februari 2022.

**Risk: Otillåten direktupphandling**

Genomgång av direktupphandlingar är genomförd och utan anmärkning.

Antalet direktupphandlingar vad gäller enstaka platser har minskat från 32 stycken år 2020 till 14 år 2021. Minskningen beror på att ramupphandlingen för korttidsboende är klar vilket minskat antalet direktupphandlade platser. Skäl finns angivna i avvikelserapport enligt rutin.

**Risk: Att Nacka inte upplevs som en attraktiv kommun att verka i av anordnare inom kundvalen.**

Fråga i samband med avtalsuppföljningsenkäten visar att anordnarna generellt sett är nöjda med att verka i Nacka men att de är mindre nöjda med ersättningen. Detta kommer att följas framåt som en indikator i mål och budget.

**Risk: Mutor och bestickning.**

Genomgång av Nackas policy har gjorts på enheten, och medarbetare har kunskap om hur de ska agera. Ett exempel är anmälan av en otillbörlig julgåva, som då kunde hanteras enligt rutin och återlämnas.

**Risk: Bedrägerier**

Kontroller och omvärldsbevakning har genomförts. Det finns konstaterade risker för bedrägerier inom hemtjänstföretag. Kunskapen om och rutinerna för att upptäcka bedrägerier har ökat under året, men detta är även en kommunövergripande fråga.

**Risk: Felaktiga underlag eller handhavandefel vid registrering i system**

Genomgång har gjorts av betalade fakturor avseende mottagnings- och beslutsattest, bifogade underlag vid representation och rutin för attest av personliga eller förtroendekänsliga fakturor/utlägg.

Kontrollen avser ett stickprov avseende särskilt boende och hemtjänst under oktober månad. Fakturorna avsåg rätt period och var betalda i tid. I år observerades inte samma eftersläpning med faktureringen som tidigare år.

Rättssäkerhetsgranskning har genomförts på biståndsbedömda beslut. Samtliga biståndsbedömda beslut är tagna enligt delegation och anmälda till nämnd. Resultatet kommer presenteras kortfattat som en del av 2021 års kvalitetsberättelse.

**Risk: System eller rutiner inte fungerar som avsett gällande hantering av personuppgifter/ sekretess**

Rutin för behörighetsstyrning och kontroll är framtagen och godkänd av ledningsgruppen i februari 2018. Enligt rutinen ska loggkontrollen göras en gång per kvartal (mars, juni, september respektive december) av 30 utvalda kunder och fem medarbetare på respektive enhet. Loggkontroll har genomförts i mars, september och december, resultatet var utan anmärkning.

4 personuppgiftsincidenter har rapporterats inom äldrenämndens område.

**Ekonomiska konsekvenser**

Förslaget till beslut innebär ingen ekonomisk konsekvens.

**Konsekvenser för barn**

Förslaget till beslut får inga konsekvenser för barn.

Karin Kollberg  
Social- och äldredirektör  
Stadsledningskontoret

Mathias Möller  
Controller  
Controllerenheten

# Årsredovisning 2021 för äldrenämnden

8

ÄLN 2022/9

2022-02-10

TJÄNSTESKRIVELSE

Dnr: ÄLN 2022/9

## Årsredovisning 2021 för äldrenämnden

### Förslag till beslut

Äldrenämnden godkänner årsredovisning 2021 och beslutar att överlämna den till kommunfullmäktige.

### Sammanfattning

Årsredovisningen beskriver äldrenämndens resultat vad gäller verksamhet och ekonomi.

Äldrenämnden har ett utfall om 866,2 miljoner kronor vilket ligger i linje med budget för 2021 och nämnden gör således ett nollresultat på totalen. Särskilt boende lämnar ett underskott om 13 miljoner kronor som beror på en kraftig volymökning under första halvåret. Hemtjänst lämnar ett underskott om 3 miljoner kronor jämfört med fjolårets underskott om 1,6 miljoner kronor.

Anordnarna har hela året haft fokus på hygienrutiner och skyddsutrustning. Kontinuitetsbonus har införts i hemtjänsten och satsningar har gjorts på kompetensutveckling, bland annat genom riktade språksatsningar. Uppföljning av särskilda boenden visar att de har förbättrat sina resultat när det gäller vård i livets slutskede. Hälsofrämjande och förebyggande insatser har genomförts på ett pandemianpassat sätt med en särskild satsning på anhörigvårdare, och föreningar har erbjudit kurser och stöd för att öka den digitala kompetensen hos seniorer.

### Ärendet

Årsredovisningen beskriver äldrenämndens resultat vad gäller verksamhet och ekonomi.

### Verksamhet

Det fanns under vår och sommar ett uppdämt behov vad gäller platser på särskilt boende och inflödet har varit högt. Anordnarna har hela året haft fokus på hygienrutiner och skyddsutrustning. Genom en extra vaccinationspeng kunde anordnarnas personal vaccinera sig på arbetstid. Viktiga förebyggande aktiviteter har genomförts på ett pandemianpassat sätt trots nedstängningarna av fysiska aktiviteter under våren till följd av pandemin.

Den första prestationsbaserade ersättningen inom kundvalen i Nacka kommun har införts. Bonus betalas ut till de hemtjänstanordnare som har en hög personalkontinuitet. Detta ska stimulera till ökad trygghet och kvalitet för hemtjänstkunderna och till trygga anställningsvillkor för anordnarnas personal, vilket i sig kan bidra till en kvalitetshöjning. Inom hemtjänstkundvalet har det under året tillkommit flera nya anordnare och det finns nu 19 auktoriserade anordnare av hemtjänst i Nacka.

Den öppna mötesplatsen i Forum Nacka kunde äntligen öppnas i liten skala i juni, för att sedan invigas officiellt i september. Anhörigvårdare, som har fått dra ett särskilt hårt lass under pandemin, välkomnades efter sommaren till anhörigdag med guldkant.

Socialstyrelsens kundundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" ställdes in 2021 och genomförs istället 2022. Det innebär att indikatorerna som bygger på dessa resultat inte kan redovisas för 2021.

När det gäller välfärdsteknik har anordnarna inom såväl hemtjänst som särskilt boende genom statsbidrag kunnat satsa på att köpa in fler datorer, läsplattor och wifi-utrustning, bland annat i syfte att möjliggöra fler digitala möten med nära och kära och öka den digitala inkluderingen. Några har också satsat på att utbilda egna välfärdstekniskamordnare. Föreningar som Seniornet och Fisksätra folkets hus har erbjudit kurser och stöd för att öka den digitala kompetensen hos seniorer. Sociala omsorgsprocessen har under året genomfört en upphandling av verksamhetssystem. I upphandlingen ingick även digitala lås, vilket kan införas för kunder inom hemtjänst under kommande år.

Äldreenheten har följt upp hur de särskilda boendena har arbetat med att utveckla kvaliteten av vården i livets slutskede och att det finns riktlinjer för regelbundna läkemedelsgenomgångar. Uppföljning av verksamheterna visar att de har förbättrat sina resultat.

Äldrenämnden har under året utöver äldreomsorgslyftet satsat på kompetensutveckling genom en riktad språksatsning. Under hösten fattades sedan beslut om ändrade kundvalsvillkor i syfte att öka kvaliteten för kunderna. Viktiga förändringar är att andel utbildade undersköterskor inom hemtjänsten höjs från 50% till 60% och att sjuksköterska ska vara på plats på särskilt boende även dagtid på helger.

Under året har den nationella satsningen på omställningen till en Nära vård förstärkts. Chefer, projektledare och ordförande i äldrenämnden har deltagit i en utbildningsserie på temat under hösten tillsammans med representanter från kommuner och regioner i hela landet. På äldreenheten har en kartläggning gjorts och samverkan med regionen har setts över.

## Ekonomi

Äldrenämnden har ett utfall om 866,2 miljoner kronor vilket ligger i linje med budget för 2021.

Året har präglats av flera stora statsbidrag som resulterat i verksamhet för 20,6 miljoner kronor i kostnader och intäkter utanför budget.

Särskilt boende lämnar ett underskott om 13 miljoner kronor som beror på en kraftig volymökning under första halvåret. Många kunder har väntat med särskilt boende under pandemin och när vaccineringen kom igång fanns ett stort uppdämt behov, vilket har märkts i det stora inflödet. Dagverksamheten bidrar med ett överskott om 5,6 miljoner kronor för perioden efter återöppnandet i våras. Det påverkar turbundna resor och färdtjänst under posten övrig verksamhet, som har ett samlat överskott om 2 miljoner kronor.

Hemtjänst lämnar ett underskott om 3 miljoner kronor jämfört med fjolårets underskott om 1,6 miljoner kronor. Mellan 2020 och 2021 ökade budgeten med 17,5 miljoner kronor, från 195,7 miljoner kronor 2020 till 213,2 miljoner kronor 2021. Antalet utförda timmar har under perioden ökat med 5078 timmar per månad.

Äldrenämnden blev under året avlastad pandemirelaterade kostnader för lagerhållning av skyddsmaterial om 13,4 miljoner kronor till kommunens oförutsedda kostnader efter att det blev känt att det inte skulle komma pandemirelaterade statsbidrag för 2021.

## Ekonomiska konsekvenser

Förslaget till beslut innebär ingen ekonomisk konsekvens.

## Konsekvenser för barn

Förslaget till beslut får inga konsekvenser för barn.

## Bilagor

1. Bilaga 1 Äldrenämnden årsbokslut 2021
2. Bilaga 2 tabell

Karin Kollberg  
Social och äldredirektör  
Stadsledningskontoret

Mathias Möller  
Controller  
Controllerenheten

Ellinor Egefors  
Enhetschef  
Äldreenheten







# ÅRSREDOVISNING 2021

## ÄLDRENÄMNDEN



## Innehållsförteckning

1	Verksamhetens uppdrag.....	2
2	Hänt i verksamheten 2021 .....	2
3	Framåtblick.....	3
4	Nämndens köp av verksamhet.....	5
5	Jämförelse med andra kommuner avseende 10 procent bästa och 25 procent mest kostnadseffektiva.....	5
6	Måluppfyllelse under 2021 .....	7
6.1	Maximalt värde för skattepengarna.....	8
6.2	Bästa utveckling för alla .....	12
6.3	Attraktiva livsmiljöer i hela Nacka .....	15
6.4	Stark balanserad tillväxt.....	18
7	Ekonomiskt resultat 2021 .....	22
8	Investeringar .....	30
9	Redovisning riktade statsbidrag.....	30
10	Intern kontrollplan.....	31
11	Uppföljning av medel ur framtidsfonder .....	34
12	Sjukfrånvaro.....	34

### Bilagor

*Bilaga 1: Tabell*

## **I Verksamhetens uppdrag**

Äldrenämnden fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten, exklusive ekonomiskt bistånd, kommunal vård och omsorg och de uppgifter som enligt annan lag eller författning ankommer på socialnämnd avseende personer över 65 år. I detta ingår ansvar som ytterst vårdgivare enligt 11 kap 1§ hälso- och sjukvårdslagen. Nämnden ansvarar för myndighetsutövning för den enskilde samt finansiering och kvalitetsuppföljning av utförare och anordnare inom området.

## **2 Hänt i verksamheten 2021**

### **Effekterna av pandemin**

År 2021 inleddes med att de första vaccinationerna mot covid-19 kom igång. Vaccinationerna möjliggjorde så småningom under våren att den starka avrådan från besök på särskilda boenden kunde avskaffas. Verksamheterna har hela året haft fokus på hygienrutiner och skyddsutrustning. Äldrenämnden fattade beslut om extra vaccinationspeng så att anordnarnas personal kunde vaccinera sig på arbetstid. Dagverksamheten öppnades igen, på ett pandemianpassat sätt och Det fanns under vår och sommar ett uppdämt behov vad gäller platser på särskilt boende och inflödet under sommaren var mycket högt. Trots det höga trycket har behovet av platser kunnat tillgodoses. Ärendemängden var också väsentligt högre än vanligt för bland annat bostadsanpassningsbidrag, statsbidrag, revisioner och kundval. Samtidigt var personalsituationen på enheten mycket ansträngd med periodvis hög frånvaro.

### **Höjd anordnarkompetens och ökad kvalitet för kunden**

Utifrån slutsatser från Coronakommissionen om att den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen bör förstärkas samt att kommunerna måste öka språkutbildningsinsatserna har äldrenämnden inlett en riktad språksatsning och äldreomsorgslyft samt beslutat om höjda kompetenskrav i hemtjänsten och utökad sjuksköterskebemanning på särskilda boenden.

Under året har den första prestationsbaserade ersättningen inom kundvalen i Nacka kommun införts. Bonus betalas ut till de hemtjänstanordnare som har en hög personalkontinuitet. Detta ska stimulera till ökad trygghet och kvalitet för hemtjänstkunderna och till trygga anställningsvillkor för anordnarnas personal, vilket i sig kan bidra till en kvalitetshöjning.

Äldrenämnden rustar sig tillsammans med övriga kommuner och regioner i Sverige för omställningen mot Nära vård. På äldreenheten har en kartläggning gjorts och samverkan med regionen har setts över. Vikten av att hitta och utveckla lokala strukturer för samverkan mellan kommun och region är särskilt stor för kommunerna i Stockholms län som saknar kommunal hemsjukvård.

### **Nästa steg mot att bekämpa ofrivillig ensamhet**

Pandemin har lett till ökad ensamhet och isolering när restriktioner har lett till minskade möjligheter att träffa nära och kära. Det var därför särskilt viktigt när seniorföreningarna under andra halvåret kunde sätta igång med fler fysiska aktiviteter igen. Den öppna mötesplatsen i Forum Nacka kunde äntligen öppnas i liten skala i juni, för att sedan invigas officiellt i september. Anhörigvårdare, som har fått dra ett särskilt hårt lass under pandemin, välkomnades efter sommaren till anhörigdaggar med guldkant. På seniordagen i oktober skapades nya kontakter och gästföreläsaren Amelia Adamo berättade hur den tredje åldern blir den bästa.

## **3 Framåtblick**

**Utvecklingen av äldreomsorgen** är en av kommunens största utmaningar de närmaste åren. Att andelen äldre kommer att öka, liksom de som kommer leva längre med ohälsa av olika slag är ett faktum. Däremot är det svårt att bedöma framtidens volymer och behov kopplat till förändrat beteendemönster relaterat till covid, till psykisk ohälsa, ensamhet och isolering. Det finns starka och **komplexa kopplingar till den nationella omställningen till en nära vård**, hur snabbt digitaliseringen går, hur e-hälsa och välfärdsteknik etableras. Vi behöver utveckla smarta arbetsätt och nya lösningar med hjälp av **digitalisering** och tät **samverkan med regionen** för att möta ökande behov utan att tappa kvalitet.

Betydelsen av satsningar på hälsofrämjande och förebyggande insatser är stor. För att de äldre ska ha en så god livskvalitet som möjligt är det viktigt med förebyggande och hälsofrämjande insatser, vilket också innefattar ökad kunskap på alla nivåer om psykisk ohälsa. I dessa insatser är samverkan med civilsamhället av största vikt. År 2022 ställer äldrenämnden om de **hälsofrämjande** verksamheter för att nå ut till fler. Öppnande av två nya träffpunkter, i Neglinge och i Älta planeras.

Den kanske viktigaste faktorn för att säkra insatser av god kvalitet är **kompetensförsörjningen**. Detta är en stor utmaning som gäller vård och omsorg i hela landet, vilket fastställts av bland annat Coronakommissionen. Konkurrensen om tillgänglig arbetskraft med adekvat utbildning är stor. Långsiktiga insatser och satsningar från staten behövs för att stimulera fler att utbilda sig till undersköterska och sjuksköterska.

I juni 2022 kommer förslaget om **ny äldreomsorgslag** att presenteras. Målet är att få till stånd långsiktiga förutsättningar för äldreomsorgen, tydliggöra äldreomsorgens uppdrag och innehåll samt säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens inom äldreomsorgen.

Äldrenämnden fortsätter satsningarna på **ökad kvalitet i hemtjänsten** med bonus till anordnare som har god kontinuitet. Genom ökat fokus på systematisk individuppföljning ökar kunskapen om målgruppen och behoven kan bättre matchas mot rätt insats.

Sociala omsorgsprocessen kommer under 2022 teckna nytt avtal för **verksamhetssystemet Combine**. Det nya avtalet är långsiktigt, och verksamhetssystemet ska vara plattformen i det pågående digitala utvecklingsarbetet. I avtalet ingår även digitala lös, vilket kommer införas under kommande år. Vi kommer under de närmaste åren framför allt säkra att våra processer är digitala, för att öka tryggheten och för att arbeta smartare. Vi kommer också genomföra ett antal nödvändiga förbättringar när det gäller kundservice, flexibilitet och tillgänglighet, framför allt i form av e-tjänster. Utifrån detta har vi inrättat en ny enhetsövergripande grupp, Digital utveckling som ska

bidra till smartare och digitala arbetsätt.

## 4 Nämndens köp av verksamhet

### Nämndernas köpta verksamhet av privata anordnare

Tabell 1. Äldrenämndens köpta verksamhet av privata anordnare 2021.

Område/verksamhet	Köpt verksamhet av privata anordnare (tkr)	Andel köpt verksamhet av privata anordnare (%)
Särskilt boende	327 274	63,3%
Hemtjänst	247 328	100%
Särskilt boende profil	33 723	97,4%
Korttidsboende	22 529	100%
<b>Summa</b>	<b>630 854</b>	<b>76,8%</b>

Äldrenämndens verksamheter präglas i hög utsträckning av kundval. I tabellen redovisas de fyra största verksamheterna för 2021.

## 5 Jämförelse med andra kommuner avseende 10 procent bästa och 25 procent mest kostnadseffektiva

Socialstyrelsens kundundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" ställdes in 2021 och genomförs istället 2022. Det innebär att samtliga indikatorer som bygger på dessa resultat inte kan redovisas för 2021. Kostnaderna för 2020 redovisas däremot nedan, eftersom det blir en eftersläpning på 1 år utifrån när resultaten finns tillgängliga i Kolada.

### Kostnad för äldreomsorg

Kostnaden för äldreomsorg i Nacka ökar med 755 kronor eller 1,3 procent till 56 697 kronor per invånare 2020. Bland jämförelsekommunerna ligger Nacka i mitten där Danderyd och Täby står för den minsta ökningen om 0,4 procent och Tyresö i topp om 4,8 procent.

Nettokostnadsavvikelsen är ett effektivitetsmått på hur nettokostnaden står sig mot förväntad referenskostnad baserad på flera demografiska variabler. Nacka kommuns nettokostnadsavvikelse förbättras från -7,8 procent till -11 procent och

gör den största förbättringen bland jämförelsekommunerna. Bland de som ligger bäst gör Solna den största förbättringen från -16,2 procent till -18,4 procent och placerar sig lika med Sollentuna som börjar avstanna i sin förbättring. Skillnaden varierar mellan -6,5 procent för Danderyd och -21,8 procent för Täby.

### Särskilt boende

För 2020 ökade kostnad för särskilt boende per brukare med 30 284 kronor eller 3 procent vilket motsvarar den beslutade checkhöjningen. För jämförelsekommunerna ligger snittet högre runt 9 procent med Tyresö som står för den största kostnadsökningen om 12 procent.

Nacka tillsammans med Sollentuna och Danderyd bland de jämförelsekommuner som har högst andel invånare 80 plus i särskilt boende och Tyresö lägst. Under 2020 ser Solna den största andelsminskningen medans Nacka ligger på medel för jämförelsekommunerna. Tyresö och Danderyd ser de lägsta andelsminskningarna.

### Hemtjänst

För 2020 ökade hemtjänstkostnaden per brukare med 11 352 kronor eller 5 procent vilket ligger i linje med checkhöjning, satsning på kontinuitetsbonus samt ökat antal timmar per kund.

Bland jämförelsekommunerna ligger Nacka i högre halvan av andel invånare 65+ med hemtjänst men minskar från 7,8 procent 2019 till 7,4 procent 2020.

Minskningen är en effekt av pandemin och antas återgå till nästa års mätning.

Jämförelsetalet har en uppdaterad definition varför dataserien är justerad från föregående år.

*Tabell 2. Kostnader och statistik för äldreomsorgen 2020, Nacka och jämförelsekommuner.*

Mätår 2020	Nacka	Danderyd	Sollentuna	Solna	Tyresö	Täby
Kostnad äldreomsorg, kr/inv 65+	56 697	70 194	52 929	58 553	54 566	49 200
Nettokostnadsavvikelse äldreomsorg %	-11,0	-6,5	-18,4	-18,4	-13,5	-21,8
Invånare 65+ i särskilda boendeformer, andel (%)	4,0	4,9	3,5	4,0	3,5	3,9

Mätår 2020	Nacka	Danderyd	Sollentuna	Solna	Tyresö	Täby
Invånare 80+ i särskilda boendeformer, andel (%)	12,7	13,4	10,0	12,0	8,8	11,2
Invånare 65+ med hemtjänst i ordinärt boende, andel (%) [Ny hemtjänstdefinition]	7,4	6,9	7,9	6,8	7,0	6,6
Andel mkt nöjd/ganska nöjd med hemtjänsten som helhet (%)	89	88	83	85	89	85
Andel mkt nöjd/ganska nöjd med särskilt boende som helhet (%)	88	88	77	75	79	82
Kostnad hemtjänst äldreomsorg, kr/hemtjänsttagare [Ny hemtjänstdefinition]	219 244	254 860	191 764	246 481	255 680	205 607
Kostnad per särskilt boende äldre (kr)	921 207	976 801	996 185	970 213	917 791	829 370

Tabell 3. Genomsnittlig bidragskostnad per invånare och genomsnittligt antal bidrag per tusen invånare. Källa: Sammanställning av bostadsanpassningsbidragen 2020, Boverket.

Kommun	Folkmängd 31 dec 2020	Antal personer 80+ år	Antal 80+ per 1000 invånare	Medelkostnad per bidrag, Kr	Medelkostnad per invånare, Kr	Antal bidrag per 1000 invånare
Nacka	106 505	4 245	40	16 390	28,93	1,77
Danderyd	32 712	2 103	64	11 551	96,05	8,31
Solna	83 162	3 233	39	9 671	59,54	6,16
Sollentuna	73 990	3 038	41	9 828	62,69	6,38
Tyresö	48 678	2 261	46	10 479	74,27	7,09
Täby	72 755	3 915	54	10 452	82,46	7,89

## 6 Måluppfyllelse under 2021

Socialstyrelsens kundundersökning för 2021 genomfördes aldrig, utan är uppskjuten till 2022. Det innebär att samtliga utfallsvärden på de indikatorer som har koppling till kundundersökningen saknas.

## **6.1 Maximalt värde för skattepengarna**

**6.1.1 Fokusområde: Äldreomsorgen utvecklas utifrån Nackabornas behov. Insatser som erbjuds håller en hög kvalitet. Medborgarnas krav på hög tillgänglighet och flexibilitet tillgodoses med varierade och effektiva arbetssätt som anpassas efter individens förutsättningar och behov.**

—

### **Högt inflöde från sjukhusen**

Under året har inflödet från sjukhusen periodvis varit mycket högt, vissa veckor under våren med fyra gånger så många inskrivningssamtal rapporterade av sjukhusen som normalt. Under juni nåddes en toppnotering om 688 kunder på särskilt boende att jämföra med 634 i januari. En förklaring kan vara att många inskrivna på sjukhus har väntat på särskilt boende samt att många inte har ansökt om särskilt boende på grund av pandemin, och efterfrågan och behovet har därför ökat. Inom hemtjänst ville kunder med pausade insatser åter ha hemtjänst och det finns även nya kunder. Det höga inflödet och de stora behoven hos många kunder har inneburit ett hårt tryck på äldreheten.

### **Avauktorisering av särskilda boendet Gammeluddshemmet**

I juni fattade äldrenämnden beslut om att avauktorisera det särskilda boendet Gammeluddshemmet. Beslutet fattades av en enhällig nämnd efter att boendet inte hade åtgärdat de brister som funnits under en längre tid, trots två varningar. Äldreheten arbetade intensivt med att ge stöd till de boende och deras anhöriga för att kunna genomföra så trygga flyttningar som möjligt till andra särskilda boenden i Nackas kundval som uppfyller äldrenämndens kvalitetskrav. Beslutet trädde i kraft den 16 december.

### **Hemtjänsten - fler anordnare i kundvalet och ändrad avgift**

Inom hemtjänstkundvalet har det under året tillkommit flera nya anordnare och det finns nu 19 auktoriserade anordnare av hemtjänst i Nacka. En orsak till denna ökning är att Värmdö har genomfört en upphandling av hemtjänst och avslutat sitt hemtjänstkundval, vilket gör att dessa anordnare ansökt till Nacka.

I januari höjdes hemtjänstavgiften från 150 kronor till 300 kronor. Maxtaxan är



kvar på samma nivå, 2139 kronor, vilket innebär att ingen betalar mer för sin äldreomsorg än så. Orsaken till höjningen var en omvärldsbevakning som gjordes inom ramen för utredningen ”Hemtjänst 2.0” under 2020. Genom höjningen harmoniserar avgiften nu mer med andra jämförbara kommuner. Alla som har behov av hemtjänst ska ha råd med hemtjänst. Har man en låg inkomst kan man ansöka om och få avgiftsreduktion. Cirka 700 kunder betalar reducerad eller ingen avgift utifrån att det har ett litet avgiftsutrymme de har. Det här gäller oavsett om man når maxtaxa eller inte.

### **Välfärdsteknik**

Antalet välfärdstekniska lösningar har ökat under året jämfört med förra, och målet är nått.

När det gäller trygghetskamera är det aktuellt för kunder som inte behöver någon fysisk insats, utan bara tillsyn. Erfarenheter hittills är att kunder kan ha god hjälp av trygghetskamera i samband med utskrivning från sjukhus tills dess att de har blivit bättre. Det förekommer också att trygghetskameran ger underlag för att förstå ett mer omfattande stödbehov, vilket kan leda till en omsorgsinsats istället. En utmaning i införandet är att kunden behöver förstå vad kamera innebär vilket kan innebära svårigheter för kunder med demenssjukdom. Vidare finns skepsis och ovana hos vissa kunder, som behöver överbryggas med pedagogik och möjligheter till att få höra mer om goda exempel.

Genom statsbidrag har anordnarna inom såväl hemtjänst som särskilt boende kunnat satsa på att köpa in fler datorer, läsplattor och wifi-utrustning, bland annat i syfte att möjliggöra fler digitala möten med nära och kära och öka den digitala inkluderingen. Några har också satsat på att utbilda egna

välfärdstekniksamordnare. Föreningar som Seniornet och Fisksätra folkets hus har erbjudit kurser och stöd för att öka den digitala kompetensen hos seniorer.

Efterfrågan på Tekniskt stöd i hemmet, som finansierades helt utifrån tillfälliga statliga stimulansmedel, minskade under året. Under året har totalt 218 ärenden varit aktuella. Vi kan se att satsningen bidrog särskilt till ökad digital inkludering och ökade möjligheter till sociala kontakter genom videomöten under tidigare






faser av pandemin.


Fixartjänsten Tryggve, som tidigare utförts av brandförsvaret, har varit vilande under pandemin. En behovs- och marknadsanalys inleddes i slutet av året för att möjliggöra en fortsättning, då brandförsvaret har avslutat samarbetet.

### **Palliativ vård**

Äldreenheten har följt upp hur de särskilda boendena har arbetat med att utveckla kvaliteten av vården i livets slutskede. De tre verksamheter, varav en har avauktorerats, som noterade bister och upprättade åtgärdsplaner har följts upp och de har förbättrat sina resultat. En insats för att öka kompetensen om palliativ vård är att i samverkan med regionen utbilda palliativa ombud. Utbildningarna som hade skjutits upp till följd av pandemin har istället genomförts digitalt med goda utvärderingsresultat från deltagarna. Äldreenheten har även förslagit att PKC ska anordna gemensamma utbildningar för läkare och sjuksköterskor när det gäller Palliativa registret då flera av indikatorerna är läkarnas ansvar.

Vid granskningar och tematiska uppföljningar på särskilda boenden följer äldreenheten upp att det finns riktlinjer för regelbundna läkemedelsgenomgångar. Riktlinjerna upprättas i samverkan med ansvarig läkarorganisation. Äldreenheten har under hösten följt upp fyra särskilda boenden inom kundvalet och riktlinjer finns på samtliga.

Indikatorer	Utfall 2020	Utfall 2021	Mål 2021	Måluppfyllelse 2021
Antal kunder som använder välfärdsteknologi inom hemtjänsten	 93	139	130	100
<b>Kommentar</b> Mobilt trygghetslarm: 121 personer (T2: 134 personer) har beslut om trygghetslarm, varav 75 kvinnor och 46 män. Trygghetskamera: 18 personer (T2: 14 personer) har beslut om nattillsyn via trygghetskamera, varav 11 är kvinnor och 7 män.				
Nackas äldreomsorg är bland de 10 % bästa kommunerna i landet avseende kvalitet och effektivitet	 Rank 31 av 235	Rank 20 av 235	Rank 30 av 235	143
<b>Kommentar</b> Företaget som beräknar indikatorvärdet, Simpler, har presenterat resultat men ännu inte analysrapport när årsredovisningen görs.				
Andel kunder som sammantaget är nöjda med sin hemtjänst	 89 %	0 %	82 %	0 %
<b>Kommentar</b> Socialstyrelsens kundundersökning för 2021 genomfördes aldrig, utan är uppskjuten till 2022. Målet är lägre än det senaste utfallet, vilket beror på att tidigare bedömning av lämplig målnivå är gjord utifrån trend på flerårigt utfall.				
Andel kunder som sammantaget är nöjda med sitt äldreboende	 88 %	0 %	86 %	0 %
<b>Kommentar</b> Socialstyrelsens kundundersökning för 2021 genomfördes aldrig, utan är uppskjuten till 2022. Målet är lägre än det senaste utfallet, vilket beror på att tidigare bedömning av lämplig målnivå är gjord utifrån trend på flerårigt utfall.				
Andel personer 75 år eller äldre som behandlas med fler än 10 mediciner	 25 %		22 %	
<b>Kommentar</b> Indikatorn innefattar endast särskilt boende. Resultat för 2021 är inte presenterat ännu.				

Indikatorer	Utfall 2020	Utfall 2021	Mål 2021	Måluppfyllelse 2021
Andel personer som får god omsorg i livets slutskede på särskilt boende utifrån sju områden i palliativa registret	 77 %	80 %	92 %	87 %
<b>Kommentar</b> Förbättring med 3 punkter sedan föregående år.				

## 6.2 Bästa utveckling för alla

**6.2.1 Seniorer känner sig trygga och är delaktiga i hur omsorgen utformas. Individens behov är i centrum för utformandet av stödet och samordnas utifrån individens förutsättningar. Psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet motverkas genom förebyggande arbete. Anhöriga och närstående erbjuds stöd och hjälp.**

### Kontinuitet

I januari införde äldrenämnden den första prestationsbaserade ersättningen inom kundvalen i Nacka kommun. Bonus betalas ut till de hemtjänstanordnare som under en 14-dagarsperiod i genomsnitt har som mest 9,5 unika hemtjänstanställda som besöker en kund. Bonusen ska stimulera till ökad trygghet och kvalitet för hemtjänstkunderna och till trygga anställningsvillkor för anordnarnas personal, vilket i sig kan bidra till en generell kvalitetshöjning.

För året når den genomsnittliga kontinuiteten 10,5 jämfört med målvärdet 9,5. Resultatet är något bättre än för 2020.

Av de som har fått bonus under året finns tre anordnare med kundunderlag runt 100 kunder, i övrigt är det mindre anordnare med kundantal upp till 50. Ingen av anordnarna med mer än 150 kunder har kvalificerat sig för kontinuitetsbonus.

### Förbättrad kvalitet för kund

Äldreenheten har under året arbetat med flera projekt, som syftar till att ge ökad kvalitet för kunderna. Dessa projekt bygger bland annat på den språksatsning

som kommunstyrelsen i juni fattade beslut om att finansiera med medel från framtidsfonderna. Språksatsningen, som inleddes under hösten, är tvådelad och innehåller en utbildning i svenska som andraspråk samt en språkbudsutbildning. Utbildningarna har varit väldigt uppskattade av anordnarna och den omsorgspersonal som har deltagit. Kommunstyrelsen fattade också beslut att bevilja äldrenämndens projekt att skapa en digitaliserad ansökan om förenklade hemtjänstinsatser, där en förstudie har genomförts. En annan satsning som pågått under perioden är äldreomsorgslyftet, som syftar till att stärka kompetensen för personal och första linjens chefer genom att ge dem möjlighet att utbilda sig på arbetstid. Genom ökad kompetens hos vård- och omsorgspersonal ökar kvaliteten för kunderna.

Året avslutades med att äldrenämnden fattade beslut om ändrade kundvalsvillkor i syfte att öka kvaliteten för kunderna. Viktiga förändringar är att andel utbildade undersköterskor inom hemtjänsten höjs från 50% till 60% och att sjuksköterska ska vara på plats på särskilt boende även dagtid på helger.

### **Samverkan kring vaccinationer av hemtjänstkunder**

I hela Sverige har fokuset på vaccinationstakt och vacciner varit stort under perioden. Vaccinationer är regionens ansvar, men äldreheten har samverkat med primärvården och ansvarat för att samla in samtycken från alla hemtjänstkunder som inte har hemsjukvård. För att möjliggöra en god vaccinationstäckning bland hemtjänstpersonal införde äldrenämnden en särskild vaccinationspeng. Äldreheten sörjde för information och utbetalningar till anordnare, vars personal hade blivit vaccinerade på arbetstid.

### **Nya matlådor av hög kvalitet**




Upphandlingen av matdistribution, så kallade "matlådor", blev klar och den första leveransen genomföres den 15 april till de ca 130 kunder som har insatsen. Matlådorna lagas från eget kök och det finns goda möjligheter för kunderna att påverka maten. Kunderna kan beställa på pappersblankett, men även digitalt. Vi uppmuntrar hemtjänst att beställa digitalt.

## Anhörigstöd

Äldrenämnden gjorde under 2021 en särskild satsning för att motverka ensamhet och ge stöd till anhörigvårdare. Under hösten genomfördes anhörigdaggar med guldkant samt ett projekt för att pröva väntjänst, primärt riktat till anhörigvårdares närstående. Anhörigdagarna genomfördes vid 4 tillfällen och nådde totalt ca 70 anhörigvårdare. Utvärderingsenkäterna visade på mycket hög nöjdhet, och några av kommentarerna från deltagarna var ”Tyckte det var en bra blandning av aktiviteter. Bra sammansatt!” och ”En underbar dag!”.

När det gäller anhörigstödet genomfördes det under våren på ett anpassat sätt i form av telefonsamtal, telefonföreläsningar, videobesök och vissa utomhusbesök. Under hösten kunde fysiska gruppträffar åter genomföras.

Indikatorer	Utfall 2020	Utfall 2021	Mål 2021	Måluppfyllelse 2021
Andel kunder som upplever att de kan påverka hur hjälpen genomförs i hemtjänst	■ 92 %	0 %	90 %	0 %
<b>Kommentar</b>	Socialstyrelsens kundundersökning för 2021 genomfördes aldrig, utan är uppskjuten till 2022. Målet är lägre än det senaste utfallet, vilket beror på att tidigare bedömning av lämplig målnivå är gjord utifrån trend på flerårigt utfall.			
Andel kunder som upplever att de kan påverka hur hjälpen genomförs i särskilt boende	■ 81 %	0 %	80 %	0 %
<b>Kommentar</b>	Socialstyrelsens kundundersökning för 2021 genomfördes aldrig, utan är uppskjuten till 2022. Målet är lägre än det senaste utfallet, vilket beror på att tidigare bedömning av lämplig målnivå är gjord utifrån trend på flerårigt utfall.			
Antal unika medarbetare inom hemtjänsten som besöker den enskilde under en period om 14 dagar	◆ 10,8	10,5	9,5	10,5

Indikatorer	Utfall 2020	Utfall 2021	Mål 2021	Måluppfyllelse 2021
<b>Kommentar</b>				
Utfallet för T3 är 10,5 mot 10,8 för tertial 3 år 2020. Som jämförelse var kontinuitetsindex som högst 12,4 tertial 1 år 2019.				
Anhörigstöd - antal kontakter	 1 570	1 344	1 600	84 %
<b>Kommentar</b>				
Under perioden genomförde Anhörigcenter 513 individuella kontakter, varav 214 kontakter med demenssjuksköterska och 299 kontakter med anhörigkonsulent. 1344 är summan av individuella besök för helåret. $1344/1600=84\%$ måluppfyllelse. Gruppbesök är inte inräknade.				
Andel personer med insatser från hemtjänst som besväras av ensamhet	 11 %	0%	11%	%0 %
<b>Kommentar</b>				
Socialstyrelsens kundundersökning för 2021 genomförs istället 2022. Målvärden är satta utifrån en tidigare bedömning utifrån trend på flerårigt utfall.				
Andel personer med plats på särskilt boende som besväras av ensamhet	 17 %	0 %	16 %	100 %
<b>Kommentar</b>				
Socialstyrelsens kundundersökning för 2021 genomförs istället 2022. Målvärden är satta utifrån en tidigare bedömning utifrån trend på flerårigt utfall.				

### 6.3 Attraktiva livsmiljöer i hela Nacka

**6.3.1 Nacka är en äldrevänlig kommun som ger goda förutsättningar för hälsosamt åldrande och som möjliggör välbefinnande hela livet. Seniorer har möjlighet att välja mellan attraktiva särskilda boenden. Det finns lättillgängliga dagverksamheter och mötesplatser som stimulerar till god fysisk, psykisk- och social hälsa.**

#### Hälsofrämjande insatser trots pandemin

Den öppna mötesplatsen som skulle ha invigts i mars 2020 kunde slutligen öppna i mindre skala i juni, också på ett pandemianpassat sätt med få och föränsade deltagare. I september invigdes den så officiellt. Den öppna mötesplatsen riktar sig till såväl seniorföreningar som till enskilda åsrika nackabor.

Viktiga förebyggande aktiviteter har genomförts trots nedstängningarna av fysiska

aktiviteter under våren till följd av pandemin. Aktiviteter som har genomförts på ett pandemianpassat sätt under denna tid var bland annat balansskola, träningstips och Qigong digitalt, utomhusträning, boule och även utomhuskafé i Orminge.

Seniorföreningarna i Nacka är mycket betydelsefulla aktörer inom det hälsofrämjande området. Äldrenämnden bidrar till finansiering genom verksamhetsbidrag. Det fanns ett stort sug efter att komma igång igen med föreningsaktiviteterna på fler sätt än utomhus, när pandemin tillät det under andra halvåret 2021. Föreningarna rapporterar att uppslutningen har varit god. 90+gympan har breddats till 80+gympa och riktar sig nu till alla från 80 år och uppåt. Under första halvåret erbjöds aktiviteten utomhus.

Seniordagen genomfördes i stadshuset den 29 oktober. Hundra seniorer, uppdelade på 50 åtgången, deltog i halvdagspass på temat hälsosamt åldrande. I år handlade det om hur man gör den tredje åldern till den bästa och inbjuden talare var Amelia Adamo.

### **Dagverksamhet**

I maj kunde dagverksamheten öppnas igen efter nedstängningen under pandemin första fasen, men med ett lägre deltagarantal per tillfälle utifrån restriktionerna. Från 64 kunder i maj var antalet kunder 103 i december. Ansökan från ny aktör har inkommit och handläggning pågår.

### **Ökat antal bostadsanpassningsbidrag**

En effekt av pandemin är att antalet ansökningar om bostadsanpassningsbidrag har ökat kraftigt under perioden. För att kunna göra ansökningsprocessen så smidig som möjligt beslutades det att äldreheten skulle ingå med lantmäteri- respektive bygglovsenheten i en upphandling av ett nytt verksamhetssystem på detta område.

### **Äldreperspektivet i stadsbyggnadsprojekt**




När Nacka bygger stad bevakas äldreperspektivet i stadsbyggnadsprojekt vad



gäller särskilda boenden, trygghetsbostäder och seniorbostäder. Antalet tillgängliga platser på särskilda boenden bevakas så att det fortsätter vara möjligt att verkställa ett beslut inom 90 dagar. Varje år görs en behovsprognos där den senaste från december 2021 sträcker sig till 2041. Tillgången till platser på särskilt boende är god. Inga nya särskilda boenden inom kundvalet har öppnats under 2021. När det gäller trygghetsbostäder fortsätter inflyttningen i Graninge och under kommande år beräknas inflyttning ske på Nya Gatan (2022) och i Orminge centrum (2025).

På de totalt 923 platserna i kommunen bodde i snitt 667 personer från Nacka kommun, de övriga platserna var belagda med personer från andra kommuner eller så var de för tillfället outhyrda. Nacka kommun köper dessutom cirka 44 platser i andra kommuner, både så kallade profilboenden och platser enligt länsöverenskommelsen.

Indikatorer	Utfall 2020	Utfall 2021	Mål 2021	Måluppfyllelse 2021
Andel kunder i särskilt boende som uppger att de är nöjda med de sociala aktiviteter som erbjuds.	■ 66 %	0 %	72 %	0 %
<b>Kommentar</b>	Socialstyrelsens kundundersökning för 2021 genomfördes aldrig, utan är uppskjuten till 2022.			
Antal verkställda beslut i dagverksamhet	◆ 130	103	130	79
<b>Kommentar</b>	Antal deltagare i dagverksamhet har successivt ökat på efter nedstängningen under pandemins första faser. Deltagandet i den sociala dagverksamheten är högt, när det gäller demensplatser är inte alla platser fyllda.			
Antal besök i träffpunkter och mötesplats	◆ 2 467	5 330	0 %	100 %
<b>Kommentar</b>	Lusthuset: T1 800, T2 200, T3 3751=4751. Lusthuset bedrivs i andra lokaler efter att Orminge folkets hus brunnit ner hösten 2020. Verksamheten har varit begränsad pga detta samt pandemins restriktioner. Öppen mötesplats: T1 stängt, T2 71, T3 508=579 Totalsumma: 5330			

Indikatorer	Utfall 2020	Utfall 2021	Mål 2021	Måluppfyllelse 2021
Andel verksamheter som arbetar med sin miljöpåverkan	 86 %	97 %		
<b>Kommentar</b>	Exempel på sätt: Många anordnare jobbar efter sitt företags övergripande miljöpolicy. Man använder miljöbilar, personalen lär sig eko-körning, erbjuder miljövänlig transport via cykel och el-cykel samt planerar samåkning, tar hänsyn till miljökrav i inköp. Inom säbo pågår arbete med miljöcertifiering, aktivt arbete utifrån miljöledningssystemet, matsvinnsmätningar, miljötillägg på frakt vid för småbeställningar, ekologiskavaror, digitala lösningar m.m.			
Andel kunder inom hemtjänst som upplever ett gott hälsotillstånd	 36 %	0 %	32 %	0 %
<b>Kommentar</b>	Socialstyrelsens kundundersökning för 2021 genomfördes aldrig, utan är uppskjuten till 2022. Målet är lägre än det senaste utfallet, vilket beror på att tidigare bedömning av lämplig målnivå är gjord utifrån trend på flerårigt utfall.			
Andel kunder i särskilt boende äldreomsorg som trivs i boendemiljön	 0 %	0 %	44 %	0 %
<b>Kommentar</b>	Socialstyrelsens kundundersökning för 2021 genomfördes aldrig, utan är uppskjuten till 2022.			

## 6.4 Stark balanserad tillväxt

**6.4.1 Valfärden för Nackas seniorer utvecklas i nära samarbete mellan kunder, anordnare, hälso- och sjukvård samt civilsamhället. Tillsammans utvecklar vi effektiva arbetsätt för att möta det ökade antalet seniorers behov.**

—

### NÄRA VÅRD

Under året har den nationella satsningen på omställningen till en Nära vård förstärkts. Chefer, projektledare och ordförande i äldrenämnden har deltagit i en utbildningsserie på temat under hösten tillsammans med representanter från kommuner och regioner i hela landet. På äldreheten har en kartläggning gjorts och samverkan med regionen har setts över. Vikten av att hitta och utveckla lokala strukturer för samverkan mellan kommun och region är särskilt stor för

kommunerna i Stockholms län som saknar kommunal hemsjukvård.

SKR beskriver Nära vård så här:

*"Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör en kärna i den nära vården. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta. En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbets sätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler. Kärnan i nära vård är ett personcentrerat arbets sätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för just den personen."*

Som ett led i att stärka patientsäkerheten fattade äldrenämnden i juni beslut om att personal hos Nackas hemtjänstanordnare från och med 2022 upphör med att ta emot delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter från regionen. De flesta av länets kommuner och stadsdelar har valt att avstå från att ta emot delegeringar och har låtit alla hälso- och sjukvårdsuppgifter gå tillbaka till regionen. Delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter till hemtjänstpersonal kan utgöra en patientsäkerhetsrisk. Kunden har rätt att möta hälso- och sjukvårdspersonal som har adekvat utbildning och fokus på kundens hälsa. Detta ställer ökade krav på samverkan mellan vårdcentraler och hemtjänstanordnare.

### **Tre slutförda revisioner**

Under året har tre revisioner slutförts av EY på uppdrag av kommunens revisorer. Två ytterligare har genomförts, men avrapporteras först 2022.

Revisorerna bedömde i granskningen av **verksamhetsstyrning och målstyrning** att äldrenämnden i allt väsentligt arbetar i enlighet kommunfullmäktiges reglemente för mål- och resultatstyrning. Det finns flera förtjänster i det arbets sätt som tillämpas men det finns också utvecklingsområden. Nya fokusområden och indikatorer arbetades därför fram för 2022-24. I utvecklingsarbetet ingick också en workshop tillsammans med samtliga

nämndledamöter.

I granskningen av **digitalisering** rekommenderade revisorerna att utveckla arbetet med digitalisering med bland annat planering och uppföljning, styrning, resurs- och kompetenstillgång, nyttorealiserings samt effektmål. Arbetet pågår redan, men äldrenämnden instämmer i behovet att tydliggöra ansvar och möjliggöra för mer samverkan kring kommunövergripande system och e-tjänster, som bland annat Jämföraren. När det gäller e-tjänster är det viktigt att tillgängliggöra tjänsterna till de seniorer som är digitalt exkluderade.

Vad gäller granskning av samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (**LUS**) har äldrenämnden fått rekommendationer från revisorerna att utveckla arbetet med samordnad individuell plan, kommunikation mellan biståndshandläggare och hemtjänstanordnare, avvikelsehantering, uppföljning av återinläggningar och uppföljning av överenskommelsen. Det framkom också att Nacka kommuns biståndshandläggare tar ett större ansvar än förväntat i utskrivningsprocessen. Biståndshandläggarna kompenserar för att alla vårdcentraler inte tar den samordnande roll som förväntas av dem i uppdraget som fast vårdkontakt. Äldreenheten arbetar löpande med att säkerställa att samtliga handläggare har tillräckliga kunskaper om hur och när de ska initiera till SIP - samordnad individuell plan, samt med att förbättra kommunikationen internt och externt för att säkerställa att kunder, anordnare och samverkansaktörer ska få tillräcklig information med så bra framförhållning som möjligt utifrån dagens snabba utskrivningar.



### **Inflyttning på säbo ökar kraftigt under perioden**

Inflyttningen till särskilda boenden har ökat starkt under perioden. Trycket på att flytta till särskilda boenden direkt från sjukhusens geriatriska avdelningar är stort. Äldreenheten har klarat uppdraget utifrån lagen om samverkan vid utskrivning från sjukhus på ett bra sätt med lågt antal dagar efter att man är utskrivningsklar. Alla som har beviljats insats om särskilt boende och som har tackat ja har beviljats plats inom 90 dagar.

### **Samverkan med pensionärsföreningar, Röda Korset och Svenska kyrkan**

I början av pandemin inleddes på uppdrag från Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) en samverkan mellan Röda Korset, Svenska kyrkan och kommunerna i Sverige. En lokal samverkansgrupp initierades i Nacka med fokus på äldrefrågor, i första hand hjälp med handling av mat och mediciner till seniorer. Samverkan fortsatte med två ytterligare möten under våren. Genom att lära känna varandra, varandras uppdrag och mötas utifrån nackabornas behov, ökar förutsättningarna för att uppmärksamma och lotsa nackabor med särskilt stora behov av stöd rätt.

Annan viktig samverkan sker kontinuerligt med seniorföreningarna i kommunen. Dels har chefer och kvalitetsutvecklare löpande kontakt med representanter från föreningarna, dels finns formaliserad samverkan genom Seniorrådet, som har genomförts mestadels digitalt, men med årets sista tillfälle fysiskt i stadshuset.

Indikatorer	Utfall 2020	Utfall 2021	Mål 2021	Måluppfyllelse 2021
Antal personer som har fallskador bland personer 80+ per tusen invånare	 68		75	
<b>Kommentar</b> Statistiken för 2021 har inte presenterats ännu (jan 2022)				
Andel personer som beviljats särskilt boende och får plats inom 90 dagar	 100 %	100 %	100 %	100 %

## 7 Ekonomiskt resultat 2021

Tabell 4 Ekonomiskt resultat för äldrenämnden 2021.

Verksamhet, tkr	Ack utfall 2021			Ack budget 2021		Utfall 2020		
	Utfall intäkter	Utfall kostnader	Utfall netto	Budget netto	Budget avvikelser	Intäkter	Kostnader	Netto
Hemtjänst - check	31 721	-247 922	-216 201	-213 213	-2 988	28 561	-225 816	-197 255
Trygghetslarm - ej check	3 196	-11 926	-8 730	-9 790	1 060	2 913	-12 398	-9 485
Dagverksamhet äldre - check	708	-4 050	-3 342	-8 943	5 601	179	-2 414	-2 235
Korttidsvård - ej check	2 623	-22 600	-19 977	-17 802	-2 175	2 664	-21 343	-18 679
Verksamhet med beslut enl LSS	0	-26 171	-26 171	-25 999	-172	-3	-21 763	-21 766
Särskilt boende - check	46 673	-517 917	-471 244	-458 174	-13 070	35 932	-473 344	-437 412
Särskilt boende - avtal	2 702	-41 948	-39 246	-45 149	5 903	2 691	-44 209	-41 518
Övrig verksamhet	33 801	-69 874	-36 073	-40 548	4 475	34 946	-72 612	-37 666
Myndighet & Huvudmannaskap	0	-43 744	-43 744	-44 932	1 188	0	-45 428	-45 428
Nämnd och nämndstöd	0	-1 426	-1 426	-1 605	179	0	-1 280	-1 280
<b>Summa</b>	<b>121 424</b>	<b>-987 578</b>	<b>-866 154</b>	<b>-866 154</b>	<b>0</b>	<b>107 883</b>	<b>-920 607</b>	<b>-812 723</b>

### Sammanfattning

Äldrenämnden har ett nollresultat för 2021 jämfört med ett överskott om 19,9 miljoner kronor för 2020.

Äldrenämnden har ett utfall om 866,2 miljoner kronor fördelat på 121,4 miljoner kronor intäkter och 987,6 miljoner kronor kostnader varav 20,6 miljoner kronor är intäkter och kostnader för statsbidrag utanför budget. Året har präglats av uppdämt behov och återöppnade verksamheter efter att vaccin blivit tillgängligt och fått god spridning.

Särskilt boende lämnar ett underskott om 13 miljoner kronor som beror på en kraftig volymökning under första halvåret. Många kunder har väntat med särskilt boende under pandemin och när vaccineringen kom igång fanns ett stort uppdämt behov.

Dagverksamheten bidrar med ett överskott om 5,6 miljoner kronor för perioden efter återöppnandet i våras. Det påverkar turbundna resor och färdtjänst under posten övrig verksamhet, som har ett samlat överskott om 2 miljoner kronor.

Äldrenämnden blev under året avlastat pandemirelaterade kostnader för lagerhållning av skyddsmaterial om 13,4 miljoner kronor till kommunens oförutsedda kostnader efter att det blev känt att det inte skulle komma pandemirelaterade statsbidrag för 2021.

### ***Särskilt boende***

Särskilt boende har ett underskott om 13 miljoner kronor jämfört med fjolårets överskott om 12 miljoner kronor. Budget ökade med 8,7 miljoner kronor från 449,5 miljoner kronor 2020 till 458,2 miljoner kronor 2021.

Underskottet förklaras av att insatsen särskilt boende check har haft den kraftigaste volymökningen de sista fem åren från 634 kunder i januari fram till 688 kunder i juni från en låg utgångsnivå. Perioden fram till novemberprognosen ser vi en volymminskning till 659 kunder för att sluta året på 670 kunder.

Volymökningen under året beror på att vaccinationerna är klara och att inflyttningen åter ökar. Under andra halvåret har det varit mindre tillgång till platser på särskilt boende än efterfrågan. Det finns även kunder som, om det inte hade varit pandemi, troligen hade ansökt om särskilt boende för ett år sedan. Vi ser en ökning av antalet kunder med omsorgsnivå 5 det senaste året som delvis balanseras av en minskning i nivå 4 och nivå 3 vilket driver kostnaderna. Vi ser en ökad trend med kunder via länsöverenskommelsen. Ytterligare 1,6 miljoner beror på en missad periodisering i årsbokslutet 2020.

Särskilt boende har sedan tidigare ett enskilt ärende med högre dygnskostnad på grund av särskilda behov som medför kostnader om 2,6 miljoner kronor under året. Under hösten tillkom ett enskilt ärende som medför kostnader om 1,5 miljoner kronor under året.

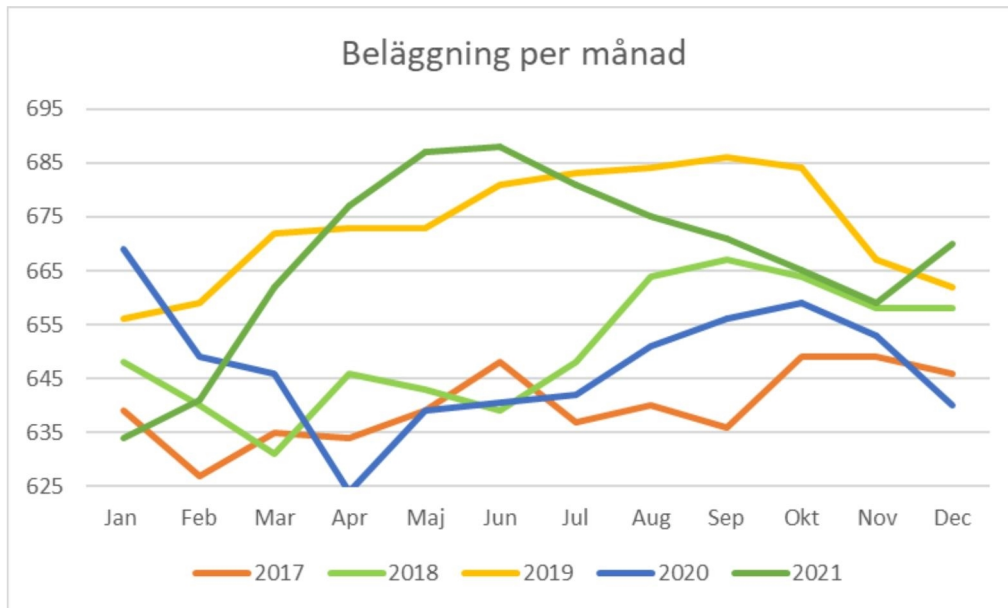
Tabell 5. Antal kunder i särskilt boende check (kundval), profilplatser och HVB. Mätning gjord för den sista dagen varje månad.

Verksamhet	bud 21	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Särskilt boende check	662	634	641	662	677	687	688	681	675	671	665	659	670
Särskilt boende profil och HVB	43	45	44	45	46	42	42	42	41	43	42	44	43
Summa kunder i särskilt boende check, profil och HVB	705	679	685	707	723	729	730	723	716	714	707	703	713

Tabell 6. Kostnader per månad för särskilt boende kundval, profilplatser och HVB.

Verksamhet	Medelt al	Medelt al	Medelt al	Medelt al	Medelt al	Medelt al	Förändring %
	År 2021	År 2020	År 2019	År 2018	År 2017	År 2016	2020 och 2021
Särskilt boende kundval	667,5	647,4	673,3	650,5	640,6	624,3	3,1%
Särskilt boende profil och HVB	43,3	45,6	47	48,3	53,2	50,6	-5,1%
Summa kunder i särskilt boende kundval, profil och HVB	711	693	720,3	698,8	693,8	674,8	2,6%





Figur 1. Beläggnings antal kunder på särskilt boende check per månad. Jämförelser för år 2017 till 2021.

### **Särskilt boende avtal**

Särskilt boende avtal med kunder inom profil och HVB har ett överskott om 5,9 miljoner kronor jämfört med fjolårets volymrelaterade underskott om 2,4 miljoner kronor. Trenden har sedan 2017 varit svagt minskande varför budgeten enbart förstärktes 2021 med 1,2 miljoner kronor för att hämta hem del av fjolårets underskott. Under året har volymen åter minskat till 44,25 snittkunder under tertial 1 och till 43 kunder under tertial 3. Vi ser att fler kunder placeras genom länsöverenskommelsen än tidigare. Därför sker det en glidning av kostnader från särskilt boende avtal till särskilt boende där länsöverenskommelseplatserna konteras.

### **Hemtjänst**

Hemtjänst har ett underskott om 3 miljoner kronor jämfört med fjolårets underskott om 1,6 miljoner kronor. Mellan 2020 och 2021 ökade budgeten med 17,5 miljoner kronor, från 195,7 miljoner kronor 2020 till 213,2 miljoner kronor 2021.

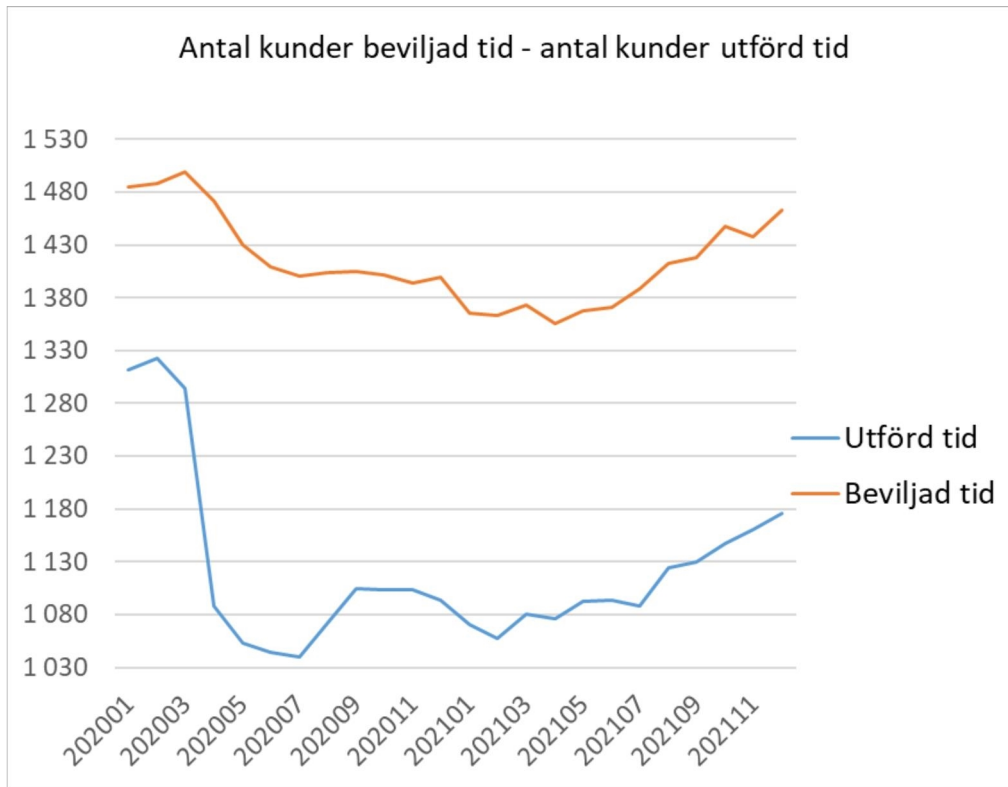
Underskottet beror på att den pandemirelaterade volymminskningen börjar återhämta sig där vi ser en ökning av både befintliga kunder som åter vill ha

hemtjänst samt nya kunder. Hemtjänsten har inte påverkats lika kraftigt av pandemin som särskilt boende och har mellan mars 2020 och februari 2021 trots tapp på 15 procent av kunderna endast minskat antalet utförda timmar med 2 procent som under året succesivt gått tillbaka till mer normala nivåer. Vi har idag 36 färre kunder jämfört med före pandemin med beviljad tid och 118 färre med utförd tid. Antalet utförda timmar har under perioden ökat med 5078 timmar per månad.

Ökningen av antalet timmar jämfört med antal kunder med utförd tid beror delvis på en omställning där kunder med enklare insatser och färre timmar löser insatsen på egen hand bland annat på grund av rädsla för covid-19. En annan förklaring är att medicinskt färdigbehandlade kunder i och med lagen om samverkan vid utskrivning (LUS) kommer hem tidigare från sjukhusen och att de därmed har större omsorgsbehov. Vi antar även att den ökade efterfrågan på särskilt boende medför högre kostnader för de kunder som väntar på plats. En mindre del av detta förklaras med höjningen av hemtjänsttaxan från 150 kronor till 300 kronor. Enheten såg i samband med taxeförändringen 21 kunder som avsåg sig hemtjänst under första halvåret med hänvisning till höjningen.

*Tabell 7. Jämförande hemtjänststatistik för år 2016 till 2021.*

<b>Hemtjänst inkl. ledsagning och avlösning</b>	<b>Utfall 2021</b>	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>	<b>Utfall 2020</b>	<b>Utfall 2019</b>	<b>Utfall 2018</b>	<b>Utfall 2017</b>	<b>Utfall 2016</b>
Antal kunder med utförd tid, genomsnitt per period	1 108	1 071	1 100	1 154	1 136	1 304	1 285	1 318	1 402
Antal utförda timmar totalt, genomsnitt per månad per period	46 099	43 847	45 812	48 640	43 492	44 223	41 386	40 296	43 239
Antal tim/kund, genomsnitt per månad per period	41,0	40,9	40,6	41,5	37,9	33,5	32,2	30,6	30,8



Figur 2. Jämförelse månadsvis år 2020-2021 mellan beviljad och utförd tid.

**Kontinuitetsbonusen** har ett utfall om 1,1 miljoner kronor för 2021 och bidrar till att minska underskottet med 0,9 miljoner kronor. Efter första tertialens utfall justerades ersättningsnivån för att bättre matcha risknivån vid nuvarande kontinuitet.

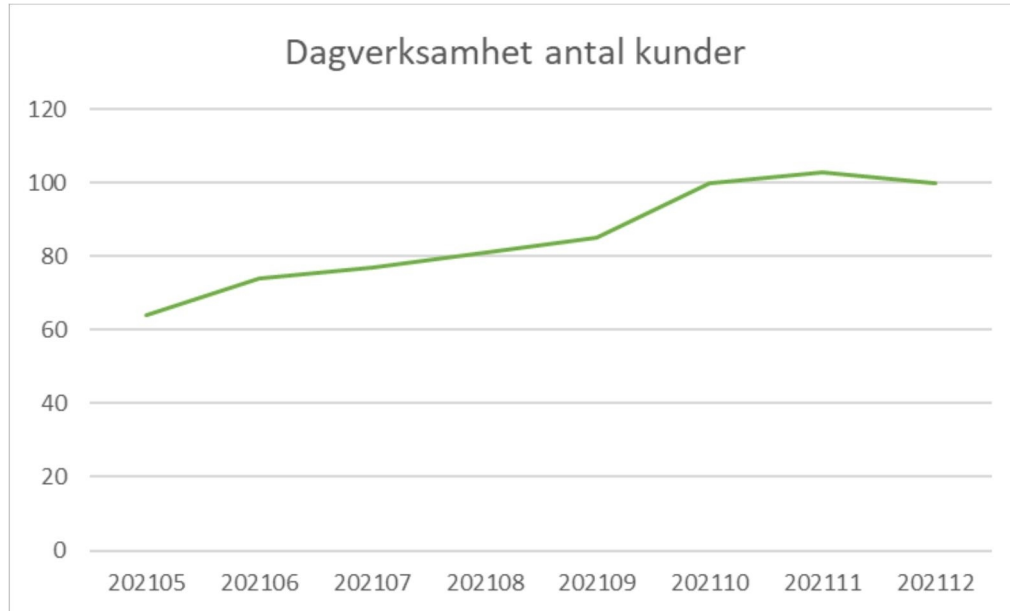
Tabell 8. Kontinuitetsbonus hemtjänst år 2021.

Kontinuitet	Ersättning	Utbetalt
Tertial 1	4 kronor/timme	217 210
Tertial 2	7 kronor/timme	462 245
Tertial 3	7 kronor/timme	430 822
Total		1 110 277

### ***Dagverksamhet, LSS, korttidsvård och myndighet & huvudmannaskap***

Insatsen **dagverksamhet** visar ett överskott om 5,6 miljoner kronor jämfört med fjolårets överskott om 6,7 miljoner kronor. Volymen har stadigt ökat sen återöppnandet i våras och har nu 103 kunder jämfört 100-110 före pandemin med motsvarande antal timmar. Dagverksamheten drar med sig färdtjänst och

turbundna resor som ökar aktiviteten i motsvarande omfattning.



Figur 3. Jämförelse antal kunder inom dagverksamhet maj-dec 2021.

**Korttidsvård** har ett underskott om 2,2 miljoner kronor jämfört med fjolårets underskott om 1,3 miljoner kronor. Underskottet beror på hög utskrivningstakt från sjukhusen och högt tryck på plats på särskilt boende. Upphandling är genomförd av enstaka korttidsplatser för att rationalisera, förenkla och få en enhetlig prisnivå.

Verksamhet med beslut enligt **LSS** har ett underskott om 0,2 miljoner kronor vilket ligger i linje med fjolårets resultat.

**Myndighet och huvudmannaskap** har ett överskott om 1,2 miljoner kronor jämfört med fjolårets överskott om 0,7 miljoner kronor. Äldrenämnden har fått lägre fördelade kostnader om 1,6 miljoner kronor från det gemensamma ansvaret med socialnämnden. Samtidigt ökar kostnaderna för inhyrd personal och bidrar med underskott om 1,4 miljoner kronor. Enheten har finansierat personal om 2,5 miljoner kronor via statsbidrag och projektmedel. Samtidigt tyngs överskottet av 0,9 miljoner kronor som beror på en felaktig budgetjustering av lokalkostnaderna. Äldrenämnden fick minskad lokalbudget i samband med inhyrningen av forumlokalen för öppen mötesplats. Av misstag blandades drift och

insatsbudgeten ihop. Återläggning sker till 2022.

### ***Övrig verksamhet***

Övrig verksamhet har ett samlat överskott om 4,5 miljoner kronor jämfört med fjolårets överskott om 0,9 miljoner kronor. Posten övriga verksamhet har ett antal verksamheter som dras med överskott och underskott. De största avvikelserna följer nedan.

Bostadsanpassning har ett samlat underskott om 1,3 miljoner kronor jämfört med förra årets underskott om 0,2 miljoner kronor vilket beror på ökade volymer efter pandemin samt ökade materialkostnader. Snittkostnaden per beslut om bostadsanpassningsbidrag var 14 310 kronor och totala antalet ärenden var 252.

Turbundna resor och färdtjänst har ett samlat överskott om 2 miljoner kronor jämfört med fjolårets överskott om 2,7 miljoner kronor vilket beror på att dagverksamheten återöppnade under våren för att under hösten närma sig samma nivåer som före pandemin. Behovet av transport har återkommit i takt med återöppnandet.

I övrig verksamhet ingår hemtjänst natt som har ett underskott om 0,5 miljoner kronor jämfört med fjolårets underskott om 0,2 miljoner kronor på grund av volymökning. Underskottet beror på de ökade mängden hemtjänstkunder med många insatser som även behöver hjälp nattetid. Resultatet förbättras något genom tillfälligt utnyttjade statsbidrag motsvarande 1,4 miljoner kronor. Efter utökningen av budget till 14,2 miljoner kronor 2021 från 13,4 miljoner kronor 2020 ligger hemtjänst natt återigen på underskott.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård började gälla 2018 och den långsiktiga regionala överenskommelsen antogs 1 januari 2020. Det ställs höga krav på effektiv samverkan, tillgänglighet och bemanning som möter en snabb utskrivningsprocess. Utskrivningsprocessen ska upplevas som trygg och samordnad för den enskilde.

Kostnadsansvaret för kommunen kan komma att öka dels genom ökat ersättningsbelopp men också att antalet dagar innan kommunens kostnadsansvar

träder in gått från fem till två dagar och under hösten 2021 till 1,3 dagar. Ersättningsbeloppet för överskjutande dagar på sjukhus fastställs av Socialstyrelsen och är för 2021 8 900 kr per vård dygn. Trots förändrat arbetssätt och organisering av biståndshandläggare för att möta en snabb utskrivning beräknas ändå kostnader kunna uppstå för utskrivningsklara dagar. Då det genomsnittliga antalet betalningsansvarsdagar i Nacka fram t o m sista december 2021 ligger betydligt lägre än det nya gränsvärdet på 1,3 lämnar lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård ett överskott om 0,7 miljoner kronor.

## 8 Investeringar

Äldrenämnden har inga investeringar.

## 9 Redovisning riktade statsbidrag

Tabell 9. Sammanställning statsbidrag 2021.

Bidrag som beviljats/erhållits 2021 (namn)	Sökt belopp tkr	Erhållet/reserverat belopp tkr	Kostnad tkr	Netto tkr
Statsbidrag för 2021 i syfte att motverka ensamhet bland äldre och för ökad kvalitet i vård och omsorgen om personer med demenssjukdom	5 030 888	5 030 888	5 030 888	0
Stimulansmedel äldreomsorg 2021 - teknik, kvalitet och effektivitet med den äldre i fokus	1 221 802	1 221 802	1 099 779	122 023
Statsbidraget Äldreomsorgslyftet	28 048 128	28 048 128	8 427 324	19 620 804
Särskild satsning på krisstöd, samtalsstöd, traumastöd m.m. till personal inom vård och omsorg	1 333 337	1 333 337	1 333 337	0
God och nära vård 2021	6 959 153	6 959 153	6 959 153	0
<b>Totalt</b>	<b>42 593 308</b>	<b>42 593 308</b>	<b>22 850 481</b>	<b>19 742 827</b>

I kundvalet för hemtjänst har utbildningskraven förändrats från 50 procent till 60 procent undersköterskor. Förändringen bör därmed för kommande år öka incitamentet för hemtjänstanordnarna att ansöka om medel från Äldreomsorgslyftet.

God och nära vård 2021 delas med socialnämnden som förbrukar 2 325 tusen kronor.

## 10 Intern kontrollplan

Tabell 10. Internkontrollplan för äldrenämnden 2021.

Orsak	Risk	Kontrollmoment	Metod	Ansvarig	Frekvens
Att åtgärder/kontroller upptagna i kvalitetsplanen för 2021 inte genomförs enligt tidplan	Brister i kvalitet inte upptäcks i olika led i processerna för barn och unga och vuxna som äldrenämnden ansvarar för enligt reglementet	Uppföljning av indikatorer och egenkontroller upptagna i kvalitetsledningssystem i Stratsys	Enligt rutin	Enhetschef	Tertial
Otillåten direktupphandling	Kvalitetsbrist för den enskilde, brist i konkurrens på marknaden, korruption	Kontroll av genomförda direktupphandlingar	Stickprov	Gruppchef KOS	Tertial
Att Nacka inte upplevs som en attraktiv kommun att verka i av anordnare inom kundvalen.	Anordnare avstår från att auktorisera eller avauktorisera sig i Nacka	Kontrollera andel anordnare som är nöjda med att verka i Nacka	Enkät till anordnare	Gruppchef KOS	Årligen
Mutor och bestickning	Att felaktiga ersättningar betalas till fel leverantör	Kontroll att rutiner följs Upprätta rutiner för verksamheter med stor risk Omvärldspaning	Uppföljning av utvecklingsarbete	Enhetschef	Årligen
Bedrägerier	Brister i kvalitet för kunden. Utbetalning av felaktiga ersättningar	Kontroll att rutiner följs Upprätta rutiner för verksamheter med stor risk Omvärldspaning	Uppföljning av utvecklingsarbete	Enhetschef	Årligen

Orsak	Risk	Kontrollmoment	Metod	Ansvarig	Frekvens
Felaktiga underlag eller handhavande fel vid registrering i system	Felaktig utbetalning	Stickprov och rimlighetskontroller mot underlag och tidigare perioder	Stickprov	Enhetschef	Årligen
System eller rutiner inte fungerar som avsett gällande hantering av personuppgifter/ sekretess	Personuppgifter sprids på ett sätt som strider mot regelverket och som kan vara till skada för den enskilde	1. att det finns PUB-avtal där det behövs 2. Antal personuppgiftsincidenter 3. Antal avvikelser i loggkontroll	1-2 Uppföljning av dataskyddsombudet 3 Loggkontroll enligt fastställd rutin	Enhetschef	Årligen Tertial

### Kvalitet i verksamheten

Resultatet från genomförda granskningar inom ramen för internkontrollplanen återrapporteras mer detaljerat till nämnden i Kvalitetsberättelse 2021.

***Risk: Att åtgärder/ kontroller upptagna i kvalitetsplanen för 2021 inte genomförs enligt tidplan.***

Egenkontroller upptagna i kvalitetsplanen för 2021 har skett i enlighet med tidplan och åtgärder har vid behov vidtagits. Kvalitetsplanen följs upp i kvalitetsberättelsen i separat ärende till nämnden i februari 2022.

***Risk: Otillåten direktupphandling***

Genomgång av direktupphandlingar är genomförd och utan anmärkning.

Antalet direktupphandlingar vad gäller enstaka platser har minskat från 32 stycken år 2020 till 14 år 2021. Minskningen beror på att ramupphandlingen för korttidsboende är klar vilket minskat antalet direktupphandlade platser. Skäl finns angivna i avvikelserapport enligt rutin.

***Risk: Att Nacka inte upplevs som en attraktiv kommun att verka i av anordnare inom kundvalen.***

Fråga i samband med avtalsuppföljningsenkäten visar att anordnarna generellt sett är nöjda med att verka i Nacka men att de är mindre nöjda med ersättningen.



Detta kommer att följas framåt som en indikator i mål och budget.

***Risk: Mutor och bestickning.***

Genomgång av Nackas policy har gjorts på enheten, och medarbetare har kunskap om hur de ska agera. Ett exempel är anmälan av en otillbörlig julgåva, som då kunde hanteras enligt rutin och återlämnas.

***Risk: Bedrägerier***

Kontroller och omvärldsbevakning har genomförts. Det finns konstaterade risker för bedrägerier inom hemtjänstföretag. Kunskapen om och rutinerna för att upptäcka bedrägerier har ökat under året, men detta är en kommunövergripande fråga som enheten inte kan hantera enbart inom befintliga resurser. Mer stöd från kommunens funktion för trygghet och säkerhet behövs.

***Risk: Felaktiga underlag eller handhavandefel vid registrering i system***

Genomgång har gjorts av betalade fakturor avseende mottagnings- och beslutsattest, bifogade underlag vid representation och rutin för attest av personliga eller förtroendekänsliga fakturor/utlägg

Kontrollen avser ett stickprov avseende särskilt boende och hemtjänst under oktober månad. Fakturorna avsåg rätt period och var betalda i tid. I år observerades inte samma eftersläpning med faktureringen som tidigare år.

Rättssäkerhetsgranskning har genomförts på biståndsbedömda beslut. Samtliga biståndsbedömda beslut är tagna enligt delegation och anmälda till nämnd.

Resultatet kommer presenteras kortfattat som en del av 2021 års kvalitetsberättelse.

***Risk: System eller rutiner inte fungerar som avsett gällande hantering av personuppgifter/ sekretess***

Rutin för behörighetsstyrning och kontroll är framtagen och godkänd av ledningsgruppen i februari 2018. Enligt rutinen ska loggkontrollen göras en gång per kvartal (mars, juni, september respektive december) av 30 utvalda kunder och

fem medarbetare på respektive enhet. Loggkontroll har genomförts i mars, september och december, resultatet var utan anmärkning.

4 personuppgiftsincidenter har rapporterats inom äldrenämndens område.

## 11 Uppföljning av medel ur framtidsfonder

Tabell 11. Utdelning ur framtidsfonder 2021.

Framtidsfond	Projekt	Ack utfall tkr	Budget tkr
Kompetensfond	Språksatsning	3 18 018	1 070 000
Framtids-och utvecklingsfond	Förenklad handläggning	0	750 000
<b>Totalt</b>			<b>1 820 000</b>

### Kommentar

Äldreenheten har under perioden arbetat med flera projekt, som syftar till att ge ökad kvalitet för kunderna. Dessa projekt bygger bland annat på den språksatsning som kommunstyrelsen i juni fattade beslut om att finansiera med medel från framtidsfonderna. Språksatsningen, som startade under hösten, är tvådelad och innehåller en utbildning i svenska som andraspråk samt en språkbudsutbildning.

Den andra satsningen på förenklad handläggning innebär att ta fram en e-tjänst och automatiserad handläggning av ansökningar som gäller hemtjänstinsatser av servicetyp. Under hösten har en förstudie genomförts, i avvaktan på att upphandlingen av verksamhetssystem skulle avslutas.

## 12 Sjukfrånvaro

Cheferna på enheten planerar och vidtar åtgärder vid sjukskrivningar med stöd från HR-partner. Täta kontakter hålls med medarbetaren även vid korttidsfrånvaro för att fånga upp indikationer på brister i arbetsmiljön.

Personalstöd erbjuds frekvent. Vid långtidssjukskrivning planerar och vidtar chefer rehabiliteringsåtgärder och den som är sjuk bjuds med till aktiviteter och får löpande information för att behålla relationen till sina arbetskamrater.

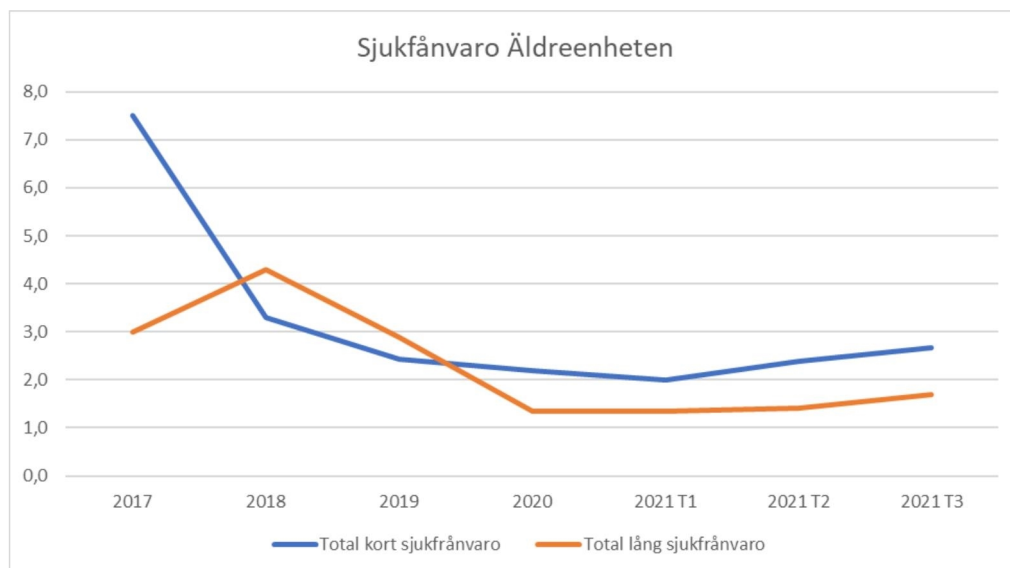
Gruppcheferna har haft samtal med samtliga medarbetare för att inventera hur

både den fysiska och psykosociala arbetsmiljön ser ut vid distansarbete. Enheten har två skyddsombud som har regelbundna avstämningar med enhetsledningen.

Den korta sjukfrånvaron för äldreheten var 2,7 procent i tertial 3 av det totala antalet arbetade timmar, en ökning om 0,3 procent jämfört med tertial 2. Även långtidstidsfrånvaron ökade och var 1,7 procent i tertial 3 efter ökning med 0,3 procent jämfört med tertial 2. Både den korta och den långa sjukfrånvaron har ökat jämfört med 2020, vilket har en koppling till pandemin. Den långa sjukfrånvaron är dock betydligt lägre 2021 jämfört med åren 2017-19. Den korta frånvaron ligger lägre jämfört med åren 2017-18.

I oktober sjösattes en ny organisation där biståndshandläggarna från att tidigare ha bestått av 5 mindre grupper ledda av en gruppchef och en gruppledare delades in i två team, ledda av två gruppchefer. Två nya tjänster som seniora biståndshandläggare har också tillsatts. Syftet är att skapa så goda förutsättningar som möjligt för att möta den demografiska utmaningen, kraven på snabb hemgång från slutanvården utifrån LUS och det högre inflödet av ärenden.

Personalomsättningen för äldreheten ligger på 4,65 procent, vilket är lågt.



Figur 4. Kort och lång sjukfrånvaro på äldreheten 2017-2021.

	Ack utfall 2021			Ack budget 2021		Utfall 2020		
	Intäkter	Kostnader	Utfall netto	Budget netto	Budget avvikelse	Intäkter	Kostnader	Netto
Hemtjänst - check	31 721	-247 922	-216 201	-213 213	-2 988	28 561	-225 816	-197 255
Trygghetslarm - ej check	3 196	-11 926	-8 730	-9 790	1 060	2 913	-12 398	-9 485
Dagverksamhet äldre - check	708	-4 050	-3 342	-8 943	5 601	179	-2 414	-2 235
Korttidsvård - ej check	2 623	-22 600	-19 977	-17 802	-2 175	2 664	-21 343	-18 679
Verksamhet med beslut enl LSS	0	-26 171	-26 171	-25 999	-172	-3	-21 763	-21 766
Särskilt boende - check	46 673	-517 917	-471 244	-458 174	-13 070	35 932	-473 344	-437 412
Särskilt boende - avtal	2 702	-41 948	-39 246	-45 149	5 903	2 691	-44 209	-41 518
Övrig verksamhet	33 801	-69 874	-36 073	-40 548	4 475	34 946	-72 612	-37 666
Myndighet & Huvudmannaskap	0	-43 744	-43 744	-44 932	1 188	0	-45 428	-45 428
Nämnd och nämndstöd	0	-1 426	-1 426	-1 605	179	0	-1 280	-1 280
<b>Summa</b>	<b>121 424</b>	<b>-987 578</b>	<b>-866 154</b>	<b>-866 154</b>	<b>0</b>	<b>107 883</b>	<b>-920 607</b>	<b>-812 723</b>

Revidering riktlinje  
ledningssystem för god  
kvalitet

9

ÄLN 2022/15

2022-02-07

TJÄNSTESKRIVELSE

Dnr: ÄLN 2022/15

## Revidering riktlinje ledningssystem för god kvalitet

### Förslag till beslut

Äldrenämnden antar reviderad riktlinje ledningssystem för god kvalitet enligt bilaga 1 till tjänsteskrivelsen, daterad 2022-02-07.

### Ärendet

Riktlinje ledningssystem för god kvalitet ska bidra till att kvalitetssäkra arbetet och säkerställa att medborgare inom socialnämnden och äldrenämndens ansvarsområden får stöd och insatser av god kvalitet. Den utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9. Det innebär bland annat att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten och att den präglas av rättssäkerhet, god tillgänglighet, respektfullt bemötande, delaktighet samt att beviljade insatser bygger på bästa tillgängliga kunskap och utförs effektivt. Revideringen av riktlinjen innebär ett förtydligande av hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas för att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten och patientsäkerheten inom nämndens ansvarsområde.

### Ekonomiska konsekvenser

Föreslagna riktlinjer har inga direkta ekonomiska konsekvenser.

### Konsekvenser för barn

Ett systematiskt kvalitetsarbete innebär ett kontinuerligt förbättringsarbete och berör socialnämndens samtliga målgrupper. Kvalitetsledningssystemet kommer bidra till förbättringar för barn och unga som har kontakt med socialtjänsten.

### Bilagor

Förslag Riktlinje ledningssystem för god kvalitet

Karin Kollberg  
Social- och äldredirektör  
Stadsledningskontoret

Åse Linnerbäck  
Biträdande social- och äldredirektör

## Ledningssystem för god kvalitet

### Dokumentet gäller för

Socialnämnden och Äldrenämnden

### Dokumentets syfte och mål

Säkerställa att medborgare inom socialnämnden och äldrenämndens ansvarsområden får stöd och insatser av god kvalitet. bilaga Reviderad Riktlinje ledningssystem för god kvalitet, förslag 2022-02-07

### Socialnämnden och äldrenämndens ledningssystem för god kvalitet

*Den verksamhet som bedrivs enligt lagar och andra föreskrifter inom socialnämnden och äldrenämndens områden ska vara av god kvalitet. Det innebär bland annat att verksamheten ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten och att verksamheten präglas av rättssäkerhet, god tillgänglighet, respektfullt bemötande, delaktighet samt att beviljade insatser bygger på bästa tillgängliga kunskap och utförs effektivt. Ledningssystem för kvalitet ska bidra till att kvalitetssäkra arbetet.*

### Bakgrund

Socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ställer krav på att verksamhetens insatser ska vara av god kvalitet, utföras av personal med lämplig utbildning och erfarenhet samt att kvaliteten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för verksamheter enligt SoL, LSS och HSL. Här inkluderas även verksamheter som bedrivs enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Ett ledningssystem är ledningens verktyg för att leda, planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Enligt föreskrifterna ska verksamheterna identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamheternas kvalitet. Detta ska i sin tur ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

Kvalitetsledningssystemet ska även ge ett underlag för effektiv resursanvändning och redovisningar till medborgare, politiker och medarbetare. Kvalitetsarbetet ska ha en tydlig struktur och genom allas delaktighet skapa en lärande organisation som ger förutsättningar för ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Diarienummer	Fastställt/senast uppdaterad	Beslutsinstans	Ansvarigt politiskt organ	Ansvarig processägare
SOCN 2022/64	SOCN 218/62, 2018-03-27	Nämnd	Socialnämnden och	Social- och Äldredirektör
ÄLN 2022/15	ÄLN 2018/42, 2018-03-28		Äldrenämnden	Karin Kollberg

## Utgångspunkter för kvalitetsarbetet

God kvalitet innebär att enheterna inom Socialnämnden och Äldrenämndens ansvarsområde ska uppfylla de krav och mål som gäller för verksamheten. Tjänsterna ska utgå från **Socialstyrelsen kvalitetskriterier:**

*Självbestämmande och integritet:* den enskilde ska vara *delaktig*, ha inflytande och ges möjlighet till egna val. *Barnperspektivet* ska beaktas utifrån att barnkonventionens principer om barnets bästa och barnets rätt att få uttrycka sina åsikter och få sin åsikt beaktad i förhållande till sin ålder och mognad, finns införda i socialtjänstlagen,

*Helhetssyn och samordning:* utgår från den enskildes samlade livssituation med samordnade insatserna som präglas av kontinuitet.

*Trygghet och säkerhet:* tjänsterna är *rättsäkra* enligt gällande regelverk och transparenta, vilket innebär förutsägbarhet och möjlighet till insyn. Risk för kränkning, försummelse, fysisk eller psykisk skada förhindras genom *förebyggande arbete*,

*Kunskapsbaserad verksamhet:* tjänsterna utförs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den enskildes erfarenheter tas till vara,

*Tillgänglighet:* det är lätt att få kontakt med socialtjänsten och vid behov få del av tjänsterna inom rimlig tid. *Information och kommunikation* är begriplig och anpassad efter olika grupper och individers behov. Kommunikationen mellan den enskilde och professionen präglas av *ömsesidighet och dialog*. Verksamheterna är *fysiskt tillgängliga*,

*Effektivitet:* resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål för verksamheten.

Målet med hälso- och sjukvården ska vara en *god hälsa* och en *vård på lika villkor*. Tjänster som innefattar ansvar för hälso- och sjukvården ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt patientsäkerhetslagen (PSL).

Nacka kommuns övergripande mål och nämndernas fokusområden är också en utgångspunkt i kvalitetsarbetet likväl som antagna riktlinjer och kommunens vision och grundläggande värdering.

## Ledningssystemets struktur

Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning och innehåller:

- Identifierade ledningsprocesser, huvudprocesser och stödprocesser med tillhörande rutiner och annan stöddokumentation
- Hur arbetet med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra arbete ska gå till
- Hur kvalitetsarbetet ska dokumenteras
- Medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet
- Kundernas medverkan i kvalitetsarbetet
- Ansvarsfördelning för uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten



- Lagkravslista som tydliggör vilka lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

### **Processer och rutiner**

Processer beskrivs i SOSFS 2011:9 som ” en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat”. Socialnämnden och äldrenämnden ska säkerställa att ledningssystemet är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning. Det sker genom att enheterna ska:

- identifiera, beskriva och fastställa de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet
- identifiera de aktiviteter som ingår i processen och bestämma dess inbördes ordning
- utarbeta och fastställa rutiner för varje aktivitet som behövs, för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras samt ange hur ansvaret för utförandet är fördelat inom verksamheten.

Huvudprocesser utgår från den enskildes behov av stöd och avslutas med att behovet är tillgodosett. Lednings- och stödprocesser har till uppgift att leda, styra och stödja arbetet i huvudprocesserna.

Chefer på alla nivåer ansvarar för att ta fram och uppdatera de processer, aktiviteter och rutiner som ska ingå i ledningssystemet och som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas internt och externt.

### **Systematiskt förbättringsarbete**

Ledningssystemet syftar till att fortlöpande och systematiskt bedriva ett förbättringsarbete. Det systematiska förbättringsarbetet kan delas in i olika faser; planera, genomföra, utvärdera och förbättra.



### Planera

Lagstiftningens krav och mål ska identifieras. Processer och rutiner ska tas fram, befintliga processer och rutiner ska vid behov utvecklas och förbättras. Riskanalys ska genomföras utifrån identifierade risker. Egenkontroller planeras och eventuella förbättringsåtgärder planeras. Allt sammanställs i en **kvalitetsplan** som nämnden antar i mars månad varje år.

Systematiska **riskanalyser** ska genomföras fortlöpande med utgångspunkt från verksamhetens huvudprocesser. Riskanalyserna ska bidra till ett framåtblickande och förebyggande arbete med syfte att identifiera risker för avvikelser och negativa händelser. I riskanalysen uppskattas sannolikheten för att en händelse ska inträffa liksom allvarlighetsgraden om händelsen inträffar. Riskanalyser ska även genomföras vid förändringar i verksamheten, exempelvis inför en omorganisation eller vid införande av nytt arbetssätt.

**Egenkontroller** avser en regelbunden, systematisk uppföljning av den egna verksamheten och en kontroll att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Det kan även beskrivas som att vi granskar hur vi arbetar och hur vi har arbetat särskilt i jämförelse med andra och över tid. Syftet är att få syn på direkta kvalitetsbrister, få kunskap om olika verksamheter och synliggöra förbättrings- och utvecklingsområden. Enheterna ska fastställa vilka egenkontroller och eventuella **förbättringsåtgärder** som ska genomföras. Planering av egenkontroller samordnas med framtagande av kvalitetsplan och internkontrollplan.

### Genomföra

Arbetet genomförs i enlighet med beslutade processer och rutiner. Avvikelser såsom synpunkter och klagomål, interna avvikelser, **lex Maria** och lex Sarah rapporteras och åtgärder vidtas för att förbättra verksamheten löpande. Med avvikelse avses att

verksamheten inte når upp till krav och mål som anges i lagar, föreskrifter och beslut fattade med stöd av sådana samt övriga av socialnämnden och **äldrenämnden** fastställda krav och mål.

Inom ramen för ledningssystemet ska socialnämnden och äldrenämnden:

- Ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet
- Ha rutiner för rapporteringsskyldighet och skyldighet att utreda samt vid behov avhjälpa och undanröja missförhållanden
- Göra sammanställning och analys av inkomna rapporter, klagomål och synpunkter.

Ledningssystemet ska innehålla rutiner för klagomåls- och synpunktshantering, rutiner för hantering av missförhållanden samt sammanställning och analys.

Avvikelse redovisas sedan i kvalitetsberättelsen.

### **Utvärdera**

Det systematiska kvalitetsarbetet följs upp och utvärderas genom resultatet av egenkontroller, kundundersökningar, öppna jämförelser, **kvalitetsregister**, systematisk uppföljning av insatser, kvalitetsuppföljningar och målgruppsanalyser som sammanställs och analyseras. Likväl ska inkomna synpunkter, klagomål, interna avvikelser, lex Sarah och lex Maria rapporteras och analyseras. Uppföljningen av kvalitet sammanställs i en **kvalitetsberättelse** som godkänns av nämnd i februari varje år.

**Anordnare ska enligt PSL sammanställa sitt arbete med patientsäkerheten i en patientsäkerhetsberättelse varje år senast den 5 mars. I dokumentationen ingår resultat av egenkontroller och förbättringsåtgärder, bedömning av riskerna och sammanställning av avvikelser. En plan för patientsäkerhetsarbete för kommande året presenteras. En sammanställning av anordnarens patientsäkerhetsberättelser presenteras till respektive nämnd.**

### **Förbättra**

Kvalitetsberättelsen och utfall av indikatorer och mål utgör grunden i förbättringsarbetet. Fokus för allt förbättringsarbete är att det ska generera nytta för kunder. Förbättringsarbetet ska ske löpande under året, exempelvis utifrån analyser av inkomna synpunkter och klagomål, identifierade avvikelser, förändrade behov och nya målgrupper. Processer behöver således kontinuerligt ses över och förbättras.

### **Ansvarsfördelning och organisation**

Ett välfungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en tydlig ansvarsfördelning och befogenheter för att implementera, utveckla och vidta åtgärder inom verksamheten. Varje chef och medarbetare har ett ansvar för kvaliteten i sitt eget arbete.

### Ansvarsfördelning för kvalitetsarbetet

- **Socialnämnden och Äldrenämnden** beslutar om fokusområden och indikatorer för verksamheten.
- **Social- och äldredirektören** har det yttersta ansvaret att sociala omsorgsprocessen fungerar effektivt och levererar god kvalitet.
- **Enhetschef** har det övergripande ansvaret för att enhetens kvalitetsledningssystem efterlevs och att det uppdateras löpande.
- **Gruppchef** ansvarar för att medarbetare görs delaktighet i kvalitetsarbetet. Gruppchef ska löpande bedöma om de finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i verksamhetens kvalitet, utöva egenkontroll samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.
- **Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)** ansvarar för att nämnden har ett system som säkrar en hög patientsäkerhet och en god och säker vård. MAS deltar i kvalitetsuppföljningar och ansvarar där för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatserna samt sammanställer anordnares patientsäkerhetsberättelser till nämnderna.
- Alla **medarbetare** har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med ledningssystemet för kvalitet.

### Kundernas delaktighet

I all handläggning ska fokus ligga på kundens delaktighet enligt SoL kap. 1 § 1 och kap. 2 § 7. Enskilda, kunder, närstående och intresseorganisationer ska på olika sätt ges möjlighet till att påverka arbetet med att förbättra tjänsternas kvalitet.

Former för delaktighet i uppföljning av kvalitet:

- Årliga kundundersökningar
- Synpunkter och klagomål
- Samverkan med Tillgänglighetsrådet och Seniorrådet
- Referensgrupper med kunder och intresseorganisationer vid planering och utveckling av insatser

**Ansvarig:** Enhetschef och gruppchef

### Medarbetarnas delaktighet

Medarbetarnas engagemang och delaktighet är nödvändig för att uppnå god kvalitet inom socialtjänsten. Medarbetarna ska ges förutsättningar för att utveckla och säkra kvaliteten i det dagliga arbetet och processer och rutiner ska vara kända och enkla att hitta. Medarbetare ska medverka vid riskbedömning av processer och i arbetet med uppföljning av mål och resultat. Medarbetare har ansvar för att känna till och arbeta i enlighet med processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Samtliga medarbetare har skyldighet att rapportera synpunkter och klagomål, interna avvikelser och lex Sarah.

Former för medarbetarnas delaktighet

- Aktivt deltagande för att ta fram aktiviteter för att nå målen

- Aktivt deltagande för att riskbedöma de egna arbetssätten och komma med förbättringsförslag
- Avvikelsehantering
- Medarbetarsamtal
- Arbetsplatsmöten
- Facklig samverkan

**Ansvarig:** Medarbetare, gruppchef och enhetschef.

### **Dokumentation av kvalitetsarbetet**

Åtgärder och resultat ska dokumenteras så att kvalitetsarbetet kan följas upp och analyseras. Att insatser dokumenteras och följs upp är centralt i arbetet med att systematiskt följa upp om insatsen leder till ett resultat som innebär förbättringar för den enskilde. Syftet är att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna.

Nämndernas fokusområden och indikatorer redovisas i *mål- och budgetärendet* och vid årets slut redogörs resultaten i *Årsredovisningen*. Dessa ärenden beslutas av respektive nämnd.

Verksamhetens processer ska årligen riskbedömas. Egenkontroller och förbättringsåtgärder ska planeras utifrån identifierade risker. Detta ska sedan sammanställas i en *kvalitetsplan*. Vid årets slut ska verksamhetens kvalitet sammanställas och analyseras i *kvalitetsberättelsen*. I kvalitetsberättelsen ska bland annat en sammanställning och analys av processerna, resultatet av genomförda egenkontroller och förbättringsåtgärder, kundundersökningar, systematisk uppföljning av insatser, avvikelser, öppna jämförelser och uppföljning av anordnare redovisas.

**Ansvarig:** Enhetschef, MAS

# Riktlinje för uppföljning av anordnare och utförare inom den sociala omsorgsprocessen

10

ÄLN 2022/2

2022-02-06

TJÄNSTESKRIVELSE

Dnr: ÄLN 2022/2

## Riktlinje för uppföljning av anordnare och utförare inom den sociala omsorgsprocessen

### Förslag till beslut

Äldrenämnden antar föreslagen riktlinje för uppföljning av anordnare och utförare inom sociala omsorgsprocessen enlighet med bilaga 1 i tjänsteskrivelsen. Den nya riktlinjen ersätter *Riktlinje - Uppföljning och granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten* (bilaga 2 till tjänsteskrivelsen).

### Sammanfattning

Riktlinjen är avsedd att säkerställa att medborgare får insatser av god kvalitet genom att systematisk uppföljning av anordnare och utförare sker inom den sociala omsorgsprocessen. Riktlinjen ska säkerställa en enhetlig, transparent och förutsägbar uppföljning. Riktlinjen har uppdaterats utifrån gällande lagstiftning och styrdokument. Den omfattar numera samarbete med inköpsenheten. Riktlinjen kommer att rapporteras till kommunstyrelsen som en uppföljningsplan i enlighet med Nacka kommuns reglemente för kundval.

### Ärendet

Riktlinjen för uppföljning av anordnare och utförare inom sociala omsorgsprocessen har reviderats. Den har i syfte att säkerställa att medborgare får insatser av god kvalitet. Den ska även ge stöd för enheterna inom sociala omsorgsprocessen att systematiskt arbeta med uppföljning av anordnare och utförare inom äldrenämndens och socialnämndens verksamhetsområden.

Revideringen innebär:

- En uppdatering har gjorts utifrån gällande lagstiftning och Nacka kommuns styrdokument.
- Riktlinjen beskriver övergripande ramar för en tydlig och ändamålsenlig uppföljning. Enhetens årsplaner kommer att beskriva det som är specifikt för varje verksamhetsområde.
- Samverkan med inköpsenheten har utökats och förtydligats i riktlinjen.

I Nacka kommuns reglemente för kundval framgår att nämnderna ska för varje kundval besluta om en modell för uppföljning av anordnare utifrån de generella och specifika auktorisationsvillkoren. Uppföljningen ska säkerställa en god kvalitet på tjänsten. Den ska bidra till en enhetlig bedömning vid val av sanktioner och avauktorisering. Det åligger nämnderna att årligen rapportera sin uppföljningsplan för kundval till kommunstyrelsen. Denna riktlinje är sociala omsorgsprocessens uppföljningsplan.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Revidering av riktlinjen innebär inga ekonomiska konsekvenser.

### **Konsekvenser för barn**

Det är av stor vikt för barn och unga som tar emot stödinsatser att kvaliteten på de insatser som erbjuds är god.

### **Bilagor**

Bilaga 1 – Riktlinje för uppföljning av anordnare och utförare inom den sociala omsorgsprocessen

Bilaga 2 – Riktlinje - Uppföljning och granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten

Ellinor Egefors  
Enhetschef  
Äldreenheten

Elisa Reinikainen  
Gruppchef för Kvalitet vård och omsorg  
Äldreenheten



# RIKTLINJE FÖR UPPFÖLJNING AV ANORDNARE OCH UTFÖRARE INOM SOCIALA OMSORGSPROCESSEN

Diarienummer	Fastställt/senast uppdaterad	Beslutsinstans	Ansvarigt politiskt organ	Ansvarig processägare
Ange diarienummer:	Ange datum:	Socialnämnden och äldrenämnden	Socialnämnden och äldrenämnden	Gruppchef kvalitet
Riktlinje	Riktlinje för uppföljning av anordnare och utförare inom sociala omsorgsprocessen			

## Riktlinje för uppföljning av anordnare och utförare inom sociala omsorgsprocessen

### Dokumentets syfte

Syftet med riktlinjen är att säkerställa att medborgare inom socialnämnden och äldrenämndens ansvarsområden får stöd och insatser av god kvalitet.

### Dokumentet gäller för

Sociala omsorgsprocessen.

### Förutsättningar

Kommunallag, socialtjänstlag (SoL), lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), hälso- och sjukvårdslag (HSL), samt kommunens egna styrdokument reglerar hur arbetet med uppföljning ska ske inom sociala omsorgsprocessen.

Enligt SoL ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet och verka för trygghet, jämlikhet och delaktighet. Verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet.

Enligt HSL ska målet med hälso- och sjukvården ska vara en god hälsa och en vård på lika villkor. Vården ska ges med respekt för människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Kommunen är ansvarig för att följa upp kvalitet i den kommunala produktionen och verksamhet som bedrivs av privata utförare.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 är alla utförare av socialtjänst, LSS eller hälso- och sjukvård skyldiga att ha ett ledningssystem för kvalitet. Det innebär att utföraren även har ett eget ansvar för att säkra och utveckla kvalitet i verksamheten.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar anges i hälso- och sjukvårdslagen 12 kapitel. Ansvaret omfattar de personer som bor i särskilda boenden och i gruppboendestäder samt personer som vistas i dagverksamheter för äldre och dagliga verksamheter för personer med funktionsnedsättning LSS. Ansvaret omfattar insatser till och med sjuksköterskenivå. Kommunens ansvar omfattar även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel.

### **Kvalitetsområden**

Socialtjänstens vård och omsorg ska vara av god kvalitet. Socialstyrelsen har utifrån lagstiftningen definierat kvalitetsområden för socialtjänsten:

- självbestämmande och integritet
- helhetssyn och samordning
- trygghet och säkerhet
- kunskapsbaserad verksamhet
- tillgänglighet
- effektivitet.

Vid uppföljning av verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska även nedanstående områden följas upp:

- goda levnadsvillkor
- möjlighet att leva som andra.

Enligt Socialstyrelsen ska god vård och omsorg vara jämlik, personcentrerad och säker.

Enligt Nacka kommuns styrprinciper ska nämnderna vara konkurrensneutrala. Alla nackabor ska kunna förvänta sig att de tjänster som kommunen tillhandahåller håller en likvärdig kvalitet oavsett om de utförs av de kommunala produktionsverksamheterna eller av en privat utförare. Inom sociala omsorgsprocessen följs privata och kommunala anordnare/utförare upp på lika sätt.

De verksamheter som följs upp är

- 1) Anordnare som har auktoriserats inom kommunens kundval
- 2) Utförare som tilldelats avtal i en upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU)
- 3) Överenskommelser med kommunala produktionen

Beslutande delegat ansvarar för att direktupphandlad verksamhet följs upp.

## Metoder för uppföljning

Granskning för att undersöka och bedöma anordnares/utförarens kvalitet sker genom att systematiskt kontrollera att utförandet av insatsen uppfyller de kvalitetskrav och övriga krav som ställts. Uppföljning på individnivå ansvarar myndighetens handläggare för i varje enskilt ärende.

Alla granskningar och uppföljningar ska dokumenteras skriftligt. Rapporten ska redovisas till nämnden. Rapporten ska kommuniceras med anordnaren/utföraren och internt inom sociala omsorgsprocessen utifrån för att skapa lärande och arbeta med ständiga förbättringar.

### Olika former av uppföljning

Sociala omsorgsprocessen genomför olika former av uppföljningar:

- kvalitetsgranskning, planerade eller påkallade
- kvalitetsdialoger
- avtalsuppföljning

### Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning av anordnare/utförare genomförs systematiskt enligt enheternas rutiner. Utifrån riskbedömning görs en plan hur kvalitetsgranskningen ska genomföras för just den specifika anordnare/utförare eller inom ett avtalsområde. Kvalitetsgranskningens omfattning varierar utifrån riskanalys och löpande bedömningar. Underlag till granskningen kan hämtas till exempel från handläggarna, kvalitetsregister, patientsäkerhetsberättelser, inkomna synpunkter och klagomål. Resultat från enheternas systematiska individuppföljning kan användas som underlag i samband med kvalitetsgranskning av anordnare/utförare.

Kvalitetsgranskning kan innebära besök i verksamheten, men kan även ske digitalt. Kund och eventuellt närstående kan tillfrågas om sin upplevelse av kvaliteten. Frågor ställs till ledning och personal. Verksamheten kan observeras och dokumentation granskas.

När information om missförhållanden eller risk för misshållanden kommer till nämndens kännedom gör enheten en bedömning om en påkallad granskning hos anordnaren/utföraren ska genomföras. Granskningens omfattning avgörs av de brister som framkommit.

### **Kvalitetsdialog**

Kvalitetsdialoger är regelbundna möten med anordnare och utförare inom ett avtalsområde. Dessa används som ett sätt att följa upp kvalitet, arbeta med gemensamma utvecklingsområden samt att upprätthålla en god samverkan mellan enheterna och anordnare/utförare.

### **Avtalsuppföljning**

För att säkerställa att anordnare och utförare följer de krav som regleras i avtal och villkor skickas årligen ut en avtalsenkät. Enkäten ska besvaras av anordnare/utförare. Enkätfrågorna kan variera mellan olika anordnare/utförare. Enkäten kan även innehålla uppföljning av särskilda kvalitetskrav som finns angivna i lagstiftning och avtal. Svaren utgör en del i underlaget som analyseras för att bedöma om anordnare/utförare lever upp till de kvalitetskrav som ställs i avtal och villkor. Resultatet används även som underlag i riskanalys som görs vid årsplanering av kvalitetsgranskningar.

### **Årsplan**

Uppföljningsarbetet grundar sig på riskanalyser som genomförs inför varje årsplan. Riskanalyserna ska bidra till ett förebyggande arbete med syfte att identifiera och förebygga brister och misshållanden. Prioritering görs utifrån allvarlighetsgraden och sannolikheten att missförhållanden ska uppstå för kund. Riskanalysen ligger till grund för prioriteringar av vilka anordnare/utförare som ska granskas under det kommande året. En årsplan för uppföljning upprättas och presenteras på respektive nämnd i mars.

### **Uppföljning av ekonomi**

Utifrån kommunallagens krav på god ekonomisk hushållning och kommunens övergripande mål om maximal nytta för skattepengarna ska anordnare/utförare följas upp. Uppföljning av ekonomin sker tillsammans med inköpsenheten inom ramen för kategoristyrning. En del av uppföljningen består i att granska ekonomiska förutsättningar, åtaganden och att inget fusk eller andra oegentligheter förekommer. Uppföljning av anordnares/utförares ekonomiska situation sker främst via kommunens ekonomisystem.

Uppföljningen kan innebära kontroll av beställda och fakturerade tjänster månadsvis, uppföljning av ekonomisk redovisning, löpande inhämtning av uppgifter för att säkerställa att anordnare/utförare fullgör sina skyldigheter avseende skatter och avgifter samt att de upprätthåller en lägsta nivå av ekonomisk kapacitet. Rapportering kan ske till tillsynsmyndigheter vid misstänkta brister och oegentligheter.

## Sanktioner

Vid brister hos anordnare/utförare kan sanktioner komma att tillämpas.

För upphandlad verksamhet finns det olika typer av sanktioner beroende på vilken verksamhet och vilket ramavtal det gäller. För sanktioner för kundval regleras det i reglemente för kundval. När ett beslut fattats om sanktion gentemot en anordnare/utförare sanktion ska uppföljning ske för att säkerställa att de har förbättrat sin kvalitet och åtgärdat de punkter där brister framkommit.

Uppföljningen anpassas efter allvarlighetsgraden i bristerna och verksamhetens förutsättningar.

Vid allvarliga brister ska alltid ställning tas till om anmälan Inspektion för vård och omsorg (IVO) bör göras. Om det finns en misstanke om ekonomiska oegentligheter eller andra brott ska uppgifterna överlämnas till Skatteverket och/eller polisen.

# RIKTLINJE

## Uppföljning och granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten

### Dokumentets syfte

Att uppföljning och granskning av utförare och verksamheter sker systematiskt enligt gällande lagstiftning.

### Dokumentet gäller för

Upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten.

## Innehållsförteckning Bilaga 2. Riktlinje för uppföljning och granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Förutsättningar</b> .....	<b>3</b>
2.1	Kvalitetsområden .....	3
<b>3</b>	<b>Analysera nuläget</b> .....	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Planera och prioritera</b> .....	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>Samla in resultat</b> .....	<b>5</b>
5.1	Brukarnas uppfattning om kvalitet .....	5
5.2	Socialtjänstens granskning av kvalitet .....	5
5.3	Utförarnas inrapporterade kvalitet.....	8
<b>6</b>	<b>Bearbeta och analysera</b> .....	<b>8</b>
<b>7</b>	<b>Åtgärder och uppföljning</b> .....	<b>9</b>
7.1	Åtgärder i verksamhet .....	9
7.2	Åtgärder i systemet .....	9
<b>8</b>	<b>Dokumentation och kommunikation</b> .....	<b>9</b>

Diarienummer	Fastställt/senast uppdaterad	Beslutsinstans	Ansvarigt politiskt organ	Ansvarig processägare
SOCN 2015/407	2015-08-26	Socialnämnd	Socialnämnd	Socialdirektör

## I Sammanfattning

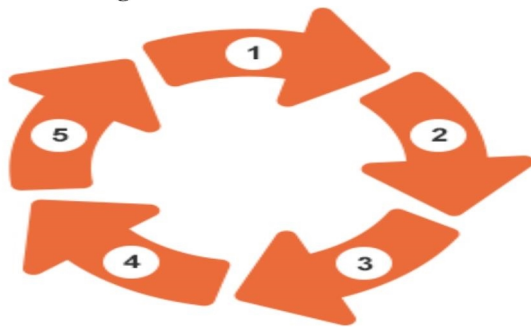
Kommunallag, socialtjänstlag, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade samt hälso- och sjukvårdslag samt kommunens styrdokument reglerar hur arbetet med uppföljning ska ske inom socialtjänsten. Lagstiftningen stadgar att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.

Kommunen är ansvarig för att följa upp kvalitet i verksamheter i egen regi och verksamhet som bedrivs av privata utförare.

Uppföljning av utförare och verksamheter syftar till att följa upp att utförandet av tjänsten uppfyller de kvalitetskrav som finns. Uppföljningen ska även kontrollera att verksamhet bedrivs korrekt enligt avtal och enligt villkor för kundval.

Arbetet med att följa upp verksamheter sker systematiskt. Uppföljningsprocessen består av fem delar:

1. analysera nuläget
2. planera och prioritera
3. samla in resultat
4. bearbeta och analysera
5. åtgärda.



Ansvarig planerare/utvecklare tar varje år fram en plan för uppföljningsarbetet för respektive verksamhetsområde. Årsplanens prioriteringar bygger på resultat från föregående år samt riskanalyser.

Underlag för att bedöma om verksamheter har god kvalitet och följer de avtal och villkor som gäller tas fram genom

- brukarundersökningar
- granskningar i verksamheter av sociala kvalitetsenheten
- handläggares erfarenheter
- inrapporterade uppgifter från utförarna
- inkomna synpunkter och klagomål.

Det samlade resultatet bearbetas och analyseras för varje granskad utförare och för hela verksamhetsområdet. En bedömning om utföraren uppfyller de krav som ställs i avtal sker. Beslut om förslagna sanktioner fattas av ansvarig nämnd. Utföraren åtgärdar bristerna och detta följs systematiskt upp. För verksamhetsområden konstateras vad som fungerar enligt villkor och vilka förbättringsområden som finns. Detta utgör ett underlag för kommande års uppföljningsplan. Verksamhetsuppföljningarna dokumenteras och kommuniceras med berörda parter.

## 2 Förutsättningar

Kommunallag, socialtjänstlag, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade samt hälso- och sjukvårdslag samt kommunens egna styrdokument reglerar hur arbetet med uppföljning ska ske inom socialtjänsten.

Enligt socialtjänstlagen (SoL) ska ”insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.”

Kommunen är ansvarig för att följa upp kvalitet i både verksamheter i egen regi och verksamhet som bedrivs av privata utförare. Ändringar i kommunallagen 2015 förstärker kommunens skyldighet att följa upp verksamheter. ”När vården av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare ska kommunen respektive landstinget kontrollera och följa upp verksamheten.”( KL 3 kap 19§).

Nacka kommuns reglemente för kundval 2015 gäller för alla kundval i Nacka kommun. I paragraf åtta i reglementet regleras uppföljning av kundval. ”Nämnderna ska för varje kundvalssystem anta en modell för uppföljning och utvärdering av anordnaren och verksamheten.”

Enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 är alla utförare av socialtjänst skyldiga att ha ett ledningssystem för kvalitet. Det innebär att utföraren även har ett eget ansvar för att säkra och utveckla kvalitet i verksamheten.

Sociala kvalitetsenheten uppföljningsgrupp har arbetat fram ett system för att säkra kvaliteten i uppföljning av utförare och verksamheter enligt föreskriften.

Uppföljning har olika fokus. Ett centralt fokus är att följa upp att utförandet av tjänsten uppfyller de kvalitetskrav som finns. Ett annat handlar om att kontrollera att verksamhet bedrivs korrekt enligt avtal och villkor. Uppföljning på individnivå ansvarar myndighetens handläggare för.

### 2.1 Kvalitetsområden

Socialtjänstens vård och omsorg ska vara av god kvalitet. Socialstyrelsen har utifrån lagstiftningen definierat kvalitetsområden för socialtjänsten:



- självbestämmande och integritet
- helhetssyn och samordning
- trygghet och säkerhet
- kunskapsbaserad verksamhet
- tillgänglighet
- effektivitet.

Vid uppföljning av verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska även nedanstående områden följas upp:

- goda levnadsvillkor
- möjlighet att leva som andra.

Socialstyrelsen har också fastställt en definition av god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Vården ska vara

- jämlik
- ändamålsenlig
- patientcentrerad
- säker.

Grundsyn för uppföljning av verksamheter i Nacka kommun är att:

- Uppföljning bidrar till lärande och utveckling.
- Kontroll och utveckling ingår i allt uppföljningsarbete.
- Uppföljning av interna och externa utförare sker på samma sätt.

De verksamheter som följs upp är

- verksamheter inom kundvalssystem
- entreprenader
- upphandlade verksamheter med ramavtal
- den kommunala produktionens verksamheter.

### **3 Analysera nuläget**

Det systematiska uppföljningsarbetet utgår från Nacka kommuns krav på utförarna i avtal och villkor för kundval. Vid planering av uppföljningsarbetet anpassas uppföljningen till förändring i dessa.

Systematiskt uppföljningsarbete grundar sig på riskanalyser. Inför varje års planering genomförs riskanalyser för varje verksamhetsområde.

Risikanalys innebär att

1. identifiera krav som kan få stora konsekvenser om de inte uppfylls
2. värdera sannolikhet och konsekvens
3. prioritera.

Risikanalys samordnas av gruppchef för varje verksamhetsområde. Den genomförs av ansvariga planerare/utvecklare på sociala kvalitetsenheten tillsammans med enhetschefer för myndighetsenheterna.

Riskanalys genomförs även fortlöpande när information framkommer som kan innebära allvarliga kvalitetsbrister hos utförare eller i verksamheter.

## 4 Planera och prioritera

Sociala kvalitetsenheten tar årligen fram planer för systematisk uppföljning av utförare inom socialnämndens och äldrenämndens områden. Riskanalysen ligger till grund för prioriteringar av vilka utförare som ska granskas under det kommande året.

En uppföljningsplan syftar till att tydliggöra vad som ska följas upp, hur uppföljningen ska genomföras, av vem och med vilken regelbundenhet.

En uppföljningsplan upprättas för varje verksamhetsområde av ansvarigs planerare/utvecklare. Den godkänns av gruppchef vid sociala kvalitetsenheten i samråd med berörda enhetschefer inom myndigheten.

## 5 Samla in resultat

### 5.1 Brukarnas uppfattning om kvalitet

- Handläggarna på myndigheten följer upp om den enskilde brukarens mål med insatsen har uppnåtts och om brukaren varit nöjd med insatsens genomförande.
- Brukarundersökningar genomförs med frågor om insatsernas kvalitet.
- Utförarna redovisar metoder för brukarinflytande och brukaruppföljningar samt resultat av dessa.
- Resultat av brukarinflytande och brukaruppföljningar inhämtas vid kvalitetsgranskningar.
- Vid kvalitetsgranskning inhämtas synpunkter från brukare.
- Synpunkter och klagomål från brukare som avser utföraren dokumenteras och sammanställs vid sociala kvalitetsenheten och är en del i underlaget vid olika granskningar.

### 5.2 Socialtjänstens granskning av kvalitet

Granskning för att undersöka och bedöma verksameters kvalitet sker genom besök i verksamheterna och genom att systematiskt kontrollera olika aspekter av verksamheten och utföraren. Sociala kvalitetsenheten genomför olika former av granskningar:

- kvalitetsgranskning
- särskilt riktade uppföljningar
- påkallade granskningar samt
- uppföljning av tidigare granskningar.

### Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning av verksamheter genomförs systematiskt enligt årsplan och de rutiner som fastställts för kvalitetsgranskning.

I kvalitetsgranskning ingår alltid besök i verksamheten. Synpunkter inhämtas från brukare och eventuellt från närstående. Frågor ställs till ledning och personal samt till handläggare inom socialtjänsten. Den dagliga verksamheten kan också observeras.

En checklista med frågor används vid granskningen. Frågorna avser följande områden

- ledningssystem för kvalitet
- dokumentation
- bemanning
- verksamhetsinnehåll
- trygghet och säkerhet
- bemötande
- brukarinflytande
- samverkan och informationsöverföring
- hälso- och sjukvård och rehabilitering.

### **Särskilt riktade uppföljningar**

Särskilt riktade uppföljningar genomförs efter beslut i socialtjänstens ledningsgrupp. De kan rikta sig mot en hel grupp av verksamheter eller en särskild aspekt inom en eller flera verksamheter. Orsaken kan vara behov av ytterligare kunskap om verksamheter inför ny upphandling eller fördjupad kunskap om brister som uppmärksammas av förtroendevalda eller chefer.

### **Påkallade granskningar**

Om en brukare, anhörig eller handläggare påkallar sociala kvalitetsenhetens uppmärksamhet om allvarliga missförhållanden gör enheten en granskning hos utföraren av de brister som framkommit. Granskningens omfattning avgörs av vad som inträffat. Relevanta metoder och frågeställningar från kvalitetsgranskning används.

En fullständig kvalitetsgranskning kan också göras efter klagomål på en verksamhet. Beslut fattas då av gruppchef vid sociala kvalitetsenheten efter en samlad bedömning.

### **Uppföljning av tidigare granskning**

Kvalitetsbrister som framkommit vid granskningar följs upp. Bristerna kan resultera i krav på åtgärder. Utföraren ska då presentera en åtgärdsplan som godkänns av sociala kvalitetsenheten. När planen har genomförts och avrapporterats följs detta upp. Vid omfattande kvalitetsbrister genomförs uppföljningen med besök i verksamheten.

### **Handläggarnas erfarenheter**

Handläggare inom socialtjänstens myndighetsgrupper ansvarar för uppföljning av de individuella ärendena. De har god kännedom om många utförare. Deras erfarenheter är ett viktigt underlag vid granskning av verksamheter. Erfarenheter samlas fortlöpande in och sammanställs systematiskt. Det sker genom regelbundna möten med handläggare samt kontakt vid behov.

### **Synpunkter och klagomål**

Synpunkter och klagomål på utförare som kommer till socialtjänsten hanteras i ett första skede på sociala kvalitetsenheten. De planerare/utvecklare som ansvarar för uppföljning av utföraren kontaktar utföraren. Utföraren ska själv kontakta synpunktslämnaren och vidta åtgärder för att nya klagomål inte ska uppstå.

Åtgärderna rapporteras till planerare/utvecklaren.

Alla synpunkter och klagomål samlas in och sammanställs systematiskt. De utgör en del av underlaget i granskning av utförare.

### **Uppföljning av ekonomi och volym**

Utifrån kommunallagens krav på god ekonomisk hushållning kan verksamhetens resursanvändning och effektivitet granskas. Effektivitet innebär enligt Socialstyrelsen att resurserna utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. En del i uppföljningen av extern verksamhet är att granska ekonomiska förutsättningar, åtaganden och att inget fusk eller andra oegentligheter förekommer. Även sambandet mellan beställning och utförd insats kan behöva följas upp. Uppföljningen av ekonomi och volym innehåller följande delar:

- Uppföljning av beställda och fakturerade tjänster utförs av handläggarna. De stämmer månadsvis av utförarnas fakturerade tid i förhållande till beslutad tid.
- Inhämtnings av uppgifter från tillsynsmyndigheter för att kontrollera att utförare fullgör sina skyldigheter avseende skatter och avgifter. Detta hanteras i databasen E-avrop.
- Rapportering till tillsynsmyndigheter vid misstänka brister och oegentligheter.
- Ekonomisk uppföljning i bokslut.
- Uppföljning av volym och statistik.

### **Uppföljning av hälso- och sjukvård**

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar anges i hälso- och sjukvårdslagen 18 §. Ansvaret omfattar de personer som bor i särskilda boenden och i gruppboendestäder samt personer som vistas i dagverksamheter för äldre och dagliga verksamheter för personer med funktionsnedsättning LSS. Ansvaret omfattar insatser till och med sjuksköterskenivå. Kommunens ansvar omfattar även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel.

Kommunen har ett lagstadgat ansvar att följa upp kvalitet och säkerhet inom samtliga dessa verksamheter. (HSL 24 §)

Socialstyrelsen har formulerat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som även avser hälso- och sjukvården.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAS/MAR) baserar sin tillsyn på följande områden

- riskanalys
- egenkontroll
- utredning av avvikelser
- förbättringsåtgärder
- dokumentation
- följsamhet till gällande rutinbeskrivningar.

Hälso- och sjukvårdsuppföljningen genomförs årligen. Vid misstanke om brister i vården görs besök och en påkallad granskning.

Ett av de områden som ingår i den årliga uppföljningen är avvikelshantering. Avvikelser hanteras enligt given rutinbeskrivning. MAS/MAR sammanställer rapporterade avvikelser och redovisar till socialnämnden och äldrenämnden.

### **5.3 Utförarnas inrapporterade kvalitet**

Utförare redovisar årligen kvaliteten i sin verksamhet genom att besvara en enkät. De frågor som ställs utgår från krav i villkor och avtal. Enkätfrågorna kan därför variera mellan olika utförare. Gemensamma frågeområden är

- volym
- dokumentation
- personal
- ledningssystem för kvalitet
- verksamhetsinnehåll och förändring inom denna.

Enkäten kan även innehålla uppföljning av särskilda kvalitetskrav som finns angivna i lagstiftning och avtal.

Svaren utgör en del i underlaget som analyseras för att bedöma om utförarna lever upp till de kvalitetskrav som ställs i avtal och villkor.

#### **Synpunkter, klagomål och missförhållanden**

För utförarna regleras skyldigheterna när det gäller att arbeta med brukarnas synpunkter, klagomål och missförhållanden i avtal och villkor. I dessa framkommer exempelvis att

- utförare ska rapportera allvarliga klagomål, fel, brister och avvikelser till socialtjänsten
- utförare ska redovisa åtgärdsplaner kopplade till allvarliga klagomål, fel, brister och avvikelser.

När utföraren rapporterar allvarliga klagomål, fel, brister och avvikelser till sociala kvalitetsenheten registreras de i ärendehanteringssystemet. Ansvarig planerare/utvecklare bedömer fortlöpande den information som inkommer från utförare och vidtar de åtgärder som krävs.

## **6 Bearbeta och analysera**

Resultat som framkommit om utförare och dess verksamheter bearbetas, analyseras och dokumenteras. Det utgör underlag för bedömning av åtgärder och förbättring.

I analysen granskas material noggrant och strukturerat. Olika material vägs samman inför bedömningen av hur väl fungerande en verksamhet är. I analysen värderas i vilken mån de krav som ställts på verksamheten uppnåtts. En viktig del i analysen är att identifiera utvecklingsområden.

## 7 Åtgärder och uppföljning

### 7.1 Åtgärder i verksamhet

Vid brister som inte medför sanktioner beslutar planerare/utvecklare om hur utföraren ska åtgärda dessa. Det sker i dialog med utföraren. Uppföljning av att bristerna har åtgärdats sker på ett förenklat sätt exempelvis genom ett telefonsamtal med verksamhetsansvarig.

Brister som kan medföra sanktioner ska redovisas till sociala kvalitetsenheten chefer för bedömning om åtgärd. De avgör om nämnderna ska föreslås att fatta beslut om sanktioner.

Cheferna beslutar även om ytterligare granskning behövs för att ha tillräckligt underlag för att föreslå nämnd beslut om sanktion.

Beslutade sanktioner kan innebära varning, varning med åtgärdsplan eller hävning av avtal.

Vid allvarliga avvikelser ska alltid ställning tas till om anmälan till polisen och eller Inspektion för vård och omsorg (IVO) bör göras. Om det finns en grundad misstanke om ekonomiska oegentligheter ska uppgifterna överlämnas till ansvarig tillsynsmyndighet.

Vid brister där nämnd beslutat om varning, eller varning med åtgärdsplan ska utförare inom den tidsram som anges i beslutet åtgärda bristerna. Detta kontrolleras snarast genom besök i verksamheten. Detta följs även upp följande år.

### 7.2 Åtgärder i systemet

Brister kan bero på förutsättningarna för verksamheten. Då kan specifika auktorisationskrav, upphandlingskrav, ersättningsmodeller, uppdragsbeskrivningar, uppföljningsmetoder eller annat ses över och justeras.

## 8 Dokumentation och kommunikation

Arbetet med att följa upp verksamheter dokumenteras systematiskt i ärendehanteringssystem. Slutresultatet blir dessa dokumenttyper

- minnesanteckningar
- tjänsteskrivelser inför beslut av nämnd om sanktioner
- årliga verksamhetsrapporter.

En del av uppföljningen är att rapportera resultat till berörda. För att uppföljningsresultat ska leda till förbättring både på verksamhets- och systemnivå behöver de kommuniceras till:

- brukare/medborgare
- socialnämnd och äldrenämnd
- utförare

- internt inom socialtjänsten.

Sammanställning av hur resultat av uppföljning kommuniceras:

<b>Resultat av från:</b>	<b>Utförare</b>	<b>Nämnder</b>	<b>Internt</b>	<b>Brukare Medborgare</b>
<b>Brukar under sökning</b>	Rapport på webb Information på möten	Muntlig redovisning vid sammanträde samt rapport	Muntlig redovisning till hela social tjänsten	Rapport publiceras på webb
<b>Kvalitets granskning</b>	I dialog, skriftligen genom minnesanteckningar och beslut om ev sanktioner	Fortlöpande anmälnings ärende, tjänsteskrivelse vid beslut	Muntlig återkoppling till berörd enhet	Ingår i årsrapport som publiceras på webben
<b>Påkallad granskning</b>	I dialog samt skriftligen genom minnesanteckningar och beslut om ev sanktioner	Tjänsteskrivelse r vid beslut om sanktioner	Dokumenteras i ärendehanteringssystemet	Sammanfattning ingår i årsrapport på webben
<b>Uppgifter från utförare</b>	Sammanfattning i årsrapport, genomgång på anordnarmöte	Ingår i årsrapport informations-ärende till nämnd	Återkopplas muntligen till berörda enheter en gång per år	Ingår i årsrapport publiceras på webb
<b>Inrapporterade brister från handläggare</b>	Samtal vid behov samt del i årsrapport	Del i årsrapport informations-ärende	Del i årsrapport	Ingår i årsrapport som publiceras på webb
<b>Lex Sarah</b>	Dokumenteras i ärendehanteringssystem	Sammanställs månadsvis, anmälnings-ärende	Återkopplas vid behov	Kort sammanfattning på webb
<b>Resultat av från:</b>	<b>Utförare</b>	<b>Nämnder</b>	<b>Internt</b>	<b>Brukare Medborgare</b>
<b>Lex Maria</b>	Dokumenteras i ärendehanteringssystem	Sammanställs Anmälnings-ärende	Återkopplas vid behov	Kort sammanfattning på webb
<b>Synpunkter och klagomål</b>	Enskilt klagomål lämnas överlämnas till utförare att hantera	Sammanställs årsvis informations-ärende	Dialog med handläggare i det enskilda ärendet	Ingår i kvalitetsrapport som publiceras på webb

<Riktlinje är en nämnds förtydligande av hur Nacka tolkar olika regelverk inom ett visst område. Riktat sig till dem som kommer i kontakt med nämndens verksamhet. Beslutas av nämnd.>

## ***Öppenhet och mångfald***

*Vi har förtroende och respekt för människors kunskap  
och egna förmåga - samt för deras vilja att ta ansvar*



Yttrande över  
revisionskrivelse och  
revisionsrapport A nr 6/2021 -  
Granskning av den medicinska  
kompetensen och  
patientsäkerheten inom  
äldreomsorgen vid särskilda  
boenden

11

ÄLN 2021/212

2022-02-03

TJÄNSTESKRIVELSE

Dnr: ÄLN 2021/212

## **Yttrande över yttrande över revisionskrivelse och revisionsrapport A nr 6/2021 - Granskning av den medicinska kompetensen och patientsäkerheten inom äldreomsorgen vid särskilda boenden**

### **Förslag till beslut**

Äldrenämnden antar föreslaget yttrande över revisionskrivelse och revisionsrapport A nr 6/2021 - Granskning av den medicinska kompetensen och patientsäkerheten inom äldreomsorgen vid särskilda boenden.

Beslutet justeras omedelbart.

### **Sammanfattning**

Nacka kommuns revisorer har under 2021 låtit Ernst & Young (EY), genomföra en granskning av den medicinska kompetensen och patientsäkerheten inom äldreomsorgen vid särskilda boenden. Deras sammantagna bedömning är att äldrenämnden inte har en helt tillfredsställande styrning för att tillgodose behoven. Äldrenämnden har fått rekommendationer från revisorerna att utveckla arbetet inom sju områden. Revisorerna önskar svar senast 2022-02-25.

### **Ärendet**

Syftet med granskningen var att bedöma om äldrenämnden har säkerställt styrning av kommunala och privata anordnare som garanterar tillräcklig tillgång till medicinsk kompetens, en god kvalitet och patientsäkerhet inom särskilda boenden för äldre. Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen har äldrenämnden fått följande sju rekommendationer att besvara.

1. Besluta om relevanta målsatta indikatorer för kvalitet och patientsäkerhet avseende hälso- och sjukvården i särskilt boende för äldre.
2. Överväg att i auktorisationsvillkoren ställa tydligare krav på hälso- och sjukvårdskompetens.
3. Revidera riktlinje "upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten" bl a med avseende på ambitionsnivå för uppföljning av kvalitet och villkor för kundvalet gällande hälso- och sjukvård i särskilt boende för äldre.

4. Överväg behov av kompetens och resurs för uppföljning och granskning av hälso- och sjukvård.
5. Sammanställ och analysera anordnarnas patientsäkerhetsberättelser och gör rapport till nämnd.
6. Följa upp anordnarnas kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal.
7. Definiera vad som menas med allvarliga synpunkter, klagomål och fel/brister som anordnarna ska rapportera.

Äldreenheten har tagit ställning till dessa sju rekommendationer, vilket redovisas i bilaga 1.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Förslaget till beslut får inga ekonomiska konsekvenser

### **Konsekvenser för barn**

Förslaget till beslut får inga konsekvenser för barn.

### **Bilagor**

1. Yttrande över revisionskrivelse och revisionsrapport A nr 6/2021 2021-11-24 - Granskning av den medicinska kompetensen och patientsäkerheten inom äldreomsorgen vid särskilda boenden
2. Revisionsrapport 6/2021. Granskning av den medicinska kompetensen och patientsäkerheten inom äldreomsorgen vid särskilda boenden
3. Revisionskrivelse A 2021-11-24 Medicinsk kompetens inom äldreomsorgen nr 6-2021
4. Revisionskrivelse B 2021-11-24 Kommunstyrelsen medicinsk kompetens äldreomsorgen nr 6-2021

Ellinor Egefors  
Enhetschef  
Äldreenheten

Anna-Lena Möllstam  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Kvalitet vård och omsorg

Kommunfullmäktiges revisorer

## **Förslag till yttrande över revisionskrivelse och revisionsrapport A nr 6/2021 - Granskning av den medicinska kompetensen och patientsäkerheten inom äldreomsorgen vid särskilda boenden**

Äldrenämnden har fått tillfälle att yttra sig över revisionsrapporten och dess rekommendationer.

1. Besluta om relevanta målsatta indikatorer för kvalitet och patientsäkerhet avseende hälso- och sjukvården i särskilt boende för äldre.

Äldrenämnden har sedan tidigare indikatorer om andel personer som får god omsorg i livets slutskede på särskilt boende utifrån sju områden i palliativa registret samt fallskador. Inför varje nytt verksamhetsår görs dock en uppföljning av föregående års indikatorer. Utifrån framkomna risker identifieras eventuellt nya riskområden och nämnden föreslår och beslutar om relevanta indikatorer. I internbudget för 2022 beslutades om en ny indikator – uppföljning av munhälsa. Förutom de indikatorer som antas av nämnd så följs andra delar inom hälso- och sjukvård upp regelbundet, t ex läkemedelsanvändning.

2. Överväg att i auktorisationsvillkoren ställa tydligare krav på hälso- och sjukvårdskompetens.

Krav på att all hälso- och sjukvårdspersonal är legitimerad är ett relevant och ett tillräckligt högt ställt krav. Legitimationen är en kvalitetsstämpel på att aktuell person har den utbildning och den praktiska erfarenheten som krävs för att få utöva sitt yrke. Nacka kommun uppmuntrar anordnare att göra det möjligt för sjuksköterskorna att gå en specialistutbildning med hjälp av stimulansmedel. Eftersom det finns brist på specialistsjuksköterskor i hela landet, ser inte äldrenämnden det som ett rimligt att ställa krav på att sjuksköterskorna ska ha specialistutbildning. Flertal av anordnare i Nacka har lyckats att anställa specialistsjuksköterska.

Äldrenämndens specifika kundvalsvillkor reviderades i oktober 2021. Från och med 1 oktober 2022 höjs kraven och sjuksköterska ska finnas på plats dagtid under veckans alla dagar.

3. Revidera riktlinje "upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten" bl a med avseende på ambitionsnivå för uppföljning av kvalitet. Ambitionsnivån är att granska anordnare/utförare vartannat år och följa upp utvecklingsområden det andra året när granskning inte sker. Om information om brister inkommer under året görs alltid påkallade granskningar vid behov.

Förslag på revidering av riktlinjen för uppföljning av anordnare och utförare inom sociala omsorgsprocessen presenteras för äldrenämnden och socialnämnden i februari 2022. Riktlinjen är övergripande och gäller för hela sociala omsorgsprocessen. I riktlinjen tydliggörs uppföljning av hälso- och sjukvård. Riktlinjen kompletteras med en mer detaljerad årsplan för uppföljning av kvaliteten. Årsplanen kommer att presenteras årligen till nämnden i mars.

4. Överväg behov av kompetens och resurs för uppföljning och granskning av hälso- och sjukvård.

Nuvarande kompetenser som följer upp och granskar särskilt boende för äldre är legitimerad sjuksköterska och legitimerad arbetsterapeut. Under pandemin har det inte varit möjligt att följa upp verksamheterna enligt plan. Pandemin har påverkat enhetens prioriteringar och resurser för uppföljningsarbetet. Under pandemin har äldreheten prioriterat och genomfört utbildningsinsatser i basal vårdhygien samt haft en tät dialog med anordnarna kring uppföljning av bland annat omsorgspersonal, kompetens och smittskydd. Verksamheterna återgår nu successivt till mer normala förhållanden och då kommer uppföljning och granskning att ske som planerat.

5. Sammanställ och analysera anordnarnas patientsäkerhetsberättelser och gör rapport till nämnd.

Från och med 2022 kommer patientsäkerhetsberättelserna att sammanställas och analyseras för att presenteras till nämnd senast i maj. Utifrån identifierade risker i berättelserna kommer en patientsäkerhetsplan att tas fram.

6. Följa upp anordnarnas kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal. Detta följdes tidigare upp i den årliga avtalsenkäten till anordnare inom kundvalet särskilt boende för äldre. Från och med 2022 kommer det återigen att ingå som en fråga i enkäten.

7. Definiera vad som menas med allvarliga synpunkter, klagomål och fel/brister som anordnarna ska rapportera.

Detta regleras i patientsäkerhetslagen. Med vårdskada avses i denna lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om



adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller som har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet, vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder. Åtgärderna ska ha till syfte att hindra att liknande händelser inträffar på nytt eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra.

Vårdgivaren ska från patienter och deras närstående ta emot klagomål mot och synpunkter på den egna verksamheten. Vårdgivaren ska snarast besvara klagomål från patienter och deras närstående. Klagomålen ska besvaras på lämpligt sätt och med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information. Vårdgivaren ska ge klaganden en förklaring till vad som har inträffat, och i förekommande fall, en beskrivning av vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.

Karin Teljstedt  
Ordförande  
Äldrenämnden

Karin Kollberg  
Social- och äldredirektör  
Stadsledningskontoret

# Granskning av den medicinska kompetensen och patientsäkerheten inom äldreomsorgen vid särskilda boenden

Nacka kommun





## Innehåll

1.	Sammanfattning .....	2
2.	Inledning.....	5
2.1	Bakgrund .....	5
2.2	Syfte och frågeställningar .....	5
2.3	Ansvarig nämnd.....	5
2.4	Avgränsning .....	5
2.5	Revisionskriterier .....	5
2.6	Metod och genomförande .....	6
2.7	Kvalitetssäkring .....	6
3.	Ansvar för samt ledning och styrning av hälso- och sjukvård .....	7
3.1	Äldrenämndens ansvar .....	7
3.2	Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).....	7
3.3	Patientsäkerhetslag (PSL).....	7
3.4	Sjukvårdshuvudman .....	8
3.5	Vårdgivare.....	8
3.6	Verksamhetschef .....	9
3.7	MAS .....	9
3.8	Hälso- och sjukvårdspersonal .....	9
3.9	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 .....	10
3.10	Program med mål och riktlinjer för verksamheter som utförs av privata utförare .....	10
3.11	Bedömning.....	10
4.	Särskilda boenden för äldre i Nacka kommun.....	11
4.1	Särskilt boende för äldre (SÄBO) - Kundval .....	11
4.2	Mål och indikatorer .....	11
4.3	Reglemente för kundvalssystem .....	12
4.4	Auktorisationsvillkor för anordnare av särskilt boende för äldre.....	13
4.5	Lokal samverkansöverenskommelse avseende läkarinsatser .....	16
4.6	Bedömning.....	16
5.	Ansvar och organisation .....	18
5.1	Äldreenheten.....	18
5.2	Välfärd samhällsservice .....	18
5.3	Bedömning.....	18
6.	Uppföljning av hälso- och sjukvård .....	19
6.1	Riktlinje - Uppföljning och granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten .....	19
6.2	Bedömning.....	21
6.3	Redovisning av uppföljning .....	23
7.	Intervjuer på enhetsnivå.....	28
7.1	Enheter som ingått i granskningen.....	28
7.2	Bedömning.....	30
8.	Svar på revisionsfrågor.....	30
	Bilaga 1 - Övergripande mål, fokusområden och indikatorer.....	32
	Bilaga 2: Källförteckning .....	33

## 1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av kommunens förtroendevalda revisorer genomfört en granskning som syftar till att ge revisorerna ett underlag för att bedöma om äldrenämnden har säkerställt en styrning av kommunala och privata utförare som säkerställer tillräcklig tillgång på medicinsk kompetens, en god kvalitet och patientsäkerhet inom särskilda boenden för äldre.

Särskilda boenden för äldre ingår i Nacka kommuns kundvalssystem och har upphandlats i enlighet med lag om valfrihetssystem (LOV). Det finns för närvarande 14 särskilda boenden för äldre (SÄBO) som auktoriserats (godkänts som leverantör) varav 10 som upphandlats enligt LOV och 4 som drivs i Nacka kommuns regi.

Äldrenämndens uppgift och ansvar framgår av kommunfullmäktige fastställt reglemente. Reglementet anger att äldrenämnden ytterst är vårdgivare enligt 11 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Nacka kommun bedriver i egen regi hälso- och sjukvårdsverksamhet i särskilda boenden för äldre med kommunstyrelsen som ansvarig nämnd. En konsekvens av detta blir att det är kommunstyrelsen som har att fullgöra ansvaret som vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen inom särskilda boenden för äldre när Nacka kommun är anordnare. Det ska enligt vår uppfattning framgå av kommunstyrelsens reglemente.

Enligt 5 kap. 3 § kommunallagen ska kommunfullmäktige varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för verksamheter som utförs av privata utförare. Syftet med kommunallagens bestämmelse är att förbättra uppföljning och kontroll samt öka allmänhetens insyn i privata utförares verksamhet. Vi har inte kunnat identifiera att kommunfullmäktige ännu beslutat om ett sådant program för den pågående mandatperioden.

Äldrenämnden ansvarar som huvudman enligt hälso- och sjukvårdslagen för den hälso- och sjukvård som ges åt personer i särskilt boende för äldre. Det hälso- och sjukvårdsansvar som nämnden har omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare utan det är region som ska avsätta de läkarresurser som behövs för att kunna ge en god vård. Kundvalsmodellen innebär att nämnden sluter avtal med anordnare att utföra de uppgifter som nämnden ansvarar för samt att anordnaren ska ha en egen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) med ansvar för uppgifterna enligt hälso- och sjukvårdsförordningen. Anordnaren har därmed i hälso- och sjukvårdslagens mening ett vårdgivaransvar. Med hänvisning till den ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården som följer därav är det vår uppfattning att äldrenämndens viktigaste styrmedel för att säkerställa att en god vård ges de krav som ställs i auktorisationsvillkoren och nämndens uppföljning och kontroll av verksamheten. Vår bedömning, utifrån begränsade krav i auktorisationsvillkoren på redogörelse av hur anordnaren avser att säkerställa verksamhetens ändamålsenlighet, är att det ytterligare understryker kravet på äldrenämndens uppföljning av vårdgivarens faktiska avtalsefterlevnad och kvalitet i hälso- och sjukvården.

Enligt vår bedömning finns en relativt tydlig förutbestämd ansvarskedja som definieras av hälso- och sjukvårdens författningar. Äldrenämnden har det övergripande ansvaret och anordnarna har i egenkap av vårdgivare ett operativt ansvar för att bestämmelserna i lagar och författningar följs och att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens samt ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:19. Respektive anordnares MAS har ett ansvar för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Äldrenämndens ambitionsnivå som den uttrycks i målsatta indikatorer i Mål och budget 2021-2023 omfattar i begränsad utsträckning hälso- och sjukvård inom särskilda boenden för äldre. Bedömningen är att nämnden bör komplettera indikatorn om god omsorg i livets slutskede och besluta om indikatorer med målvärden avseende hälso- och sjukvård i SÄBO som har ett relevant samband med god vård och patientsäkerhet.

I villkoren för auktorisation ställer nämnden enligt vår bedömning relativt få egna och inte särskilt specifika krav på utförandet av hälso- och sjukvården i SÄBO. Direkt eller indirekt hänvisar villkoren

till det ansvar för vården och patientsäkerheten som är en konsekvens av de i författningar definierade ansvar som följer av rollerna som vårdgivare, verksamhetschef och MAS.

Kravet på kompetens i auktorisationsvillkoren är att all hälso- och sjukvårdspersonal ska vara legitimerad och att anordnaren svarar för att personal har den kompetens som krävs för god vård och kontinuerligt får fortbildning och handledning. Villkoren definierar inte krav på dimensioneringen av hälso- och sjukvårdspersonalen annat än när det t.ex. gäller att sjuksköterska ska finnas tillgänglig på plats dagtid vardagar och övriga dagar och tider med 30 minuters inställetid. Det kan konstateras bl.a. i nämndens enkät 2020 men även av de uppgifter som vi fått från enheterna som har ingått i granskningen att bemanningen av sjuksköterskor dagtid varierar stort mellan anordnarna. Huruvida tillgången till sjuksköterskekompetens är tillräcklig eller inte är inte för oss möjlig att bedöma. Tillgången till arbets- och fysioterapeuter varierade också stort mellan anordnarna. Vi har inte noterat att nämnden återkommande gör bedömningar om anordnarna har en i förhållande till behoven tillräcklig bemanning med hälso- och sjukvårdskompetens. Det har inte heller framgått att nämnden i särskild ordning följer upp anordnarnas kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonalen.

Till varje generellt villkor i auktorisationsvillkoren finns angivet kontrollpunkter. Kontrollpunkten uppföljning ges i det sammanhanget ingen beskrivning av hur uppföljningen kommer att göras. En kort redogörelse ges i villkoren under en särskild rubrik av äldrenämndens uppföljning och kontroll. Enligt vår uppfattning borde det framgå i vilken omfattning som planerade granskningar av hälso- och sjukvården kommer att göras. Det är också vår bedömning att nämnden bör överväga omfattningen på den MAS-kompetens som behövs för att kunna utöva en tillräcklig uppföljning, tillsyn och granskning av hälso- och sjukvården hos anordnarna av SÄBO.

Äldrenämndens gällande riktlinje för granskning klargör inte hur och i vilken omfattning villkoren ska kontrolleras genom uppföljning. Tidigare (fram till 2020) har t.ex. kvalitetsgranskningar genomförts utifrån intentionen att anordnarna ska bli granskade vartannat år med uppföljning året efter men att påkallade och tematiska granskningar har prioriterats under senare år. Den pågående pandemin har dessutom påverkat förutsättningen att genomföra kvalitetsgranskningar. Vår bedömning är att kvalitetsgranskningar är väsentliga och grundläggande för att kontrollera och följa upp utförarnas kvalitet och bör därför göras regelbundet i tillräcklig omfattning. Ett konstaterande är att när betydande brister identifierats har nämnden agerat med sanktioner i form av begäran om åtgärdsplan, varning och avauktorisering. Reglementet för kundval som kommunfullmäktige antog i april 2021 ger nämnderna i uppdrag att besluta om en modell för uppföljning av anordnare utifrån de generella och specifika auktorisationsvillkoren. Sammantaget anser vi att det finns anledning för äldrenämnden att göra en översyn och revidering av nuvarande riktlinje för granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet.

Vår bedömning är att den uppföljning och analys av hälso- och sjukvården som redovisas i årsrapport och kvalitetsberättelse inte ger ett tillräckligt underlag för att kunna bedöma verksamhetens kvalitet eller patientsäkerhet. Enligt vår uppfattning är det en brist att anordnarnas patientsäkerhetsberättelser inte blir föremål för en dokumenterad analys och presentation till nämnden. Motsvarande bedömning gäller den årliga anordnarenkät som rör hälso- och sjukvården.

Vår sammantagna bedömning är att äldrenämnden inte har en helt tillfredsställande styrning för att säkerställa en tillräcklig tillgång på kompetens, god kvalitet och patientsäkerhet inom särskilda boenden för äldre. Bedömningen baseras i huvudsak på att:

- ▶ Auktorisationsvillkoren inte tydligt definierar i vilken omfattning det ska finnas tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal annat än att sjuksköterskor ska finnas på plats dagtid under vardagar och i övrigt ha en inställetid på 30 minuter. Fysio- och arbetsterapeuter ska var tillgängliga under vardagar. Nämnden följer inte upp eller gör återkommande bedömningar om anordnarna har en i förhållande till behoven tillräcklig bemanning med hälso- och sjukvårdskompetens

- ▶ Anordnarna är ansvariga för att personal har den kompetens som krävs för att ge god vård och kontinuerligt får fortbildning och handledning. Nämnden följer inte upp anordnarnas kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal.
- ▶ Hälso- och sjukvården ska enligt auktorisationsvillkoren vara av god kvalitet men vad som är god kvalitet definieras i begränsad utsträckning i uppföljningsbara mål och mått/indikatorer. Uppföljningar/granskningar görs, men enligt vår mening, inte i tillräcklig omfattning, samtidigt som data inhämtas inte sammanställs och analyseras i den utsträckningen att det är möjligt att bedöma hälso- och sjukvårdens kvalitet.
- ▶ Auktorisationsvillkoren adresserar inte i särskild ordning patientsäkerheten annat än att anordnarna årligen ska rapportera sin patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelserna redovisas dock inte till nämnden.
- ▶ Varken nämndens årsredovisning eller kvalitetsberättelse ger en tydlig bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet och anordnarnas villkorsefterlevnad.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen, rekommenderar vi äldrenämnden att:

- ▶ Besluta om relevanta målsatta indikatorer för kvalitet och patientsäkerhet avseende hälso- och sjukvården i särskilt boende för äldre.
- ▶ Överväg att i auktorisationsvillkoren ställa tydligare krav på hälso- och sjukvårdskompetens.
- ▶ Revidera riktlinje "Upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten" bl.a. med avseende på ambitionsnivå för uppföljning av kvalitet och villkor för kundvalet gällande hälso- och sjukvård i särskilt boende för äldre.
  - ▶ Tydliggör vad som ingår i uppföljning av kvalitetskrav respektive vad som ingår i uppföljning av verksamhet i förhållande till villkor.
  - ▶ Överväg i särskild ordning i vilken omfattning kvalitetsgranskningar ska göras.
- ▶ Överväg behov av kompetens och resurs för uppföljning och granskning av hälso- och sjukvård.
- ▶ Sammanställ och analysera anordnarnas patientsäkerhetsberättelser.
- ▶ Följ upp anordnarnas kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal.
- ▶ Definiera vad som menas med allvarliga synpunkter, klagomål och fel/brister som anordnarna ska rapportera.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen, rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- ▶ Föreslå kommunfullmäktige att revidera äldrenämndens reglemente genom att ansvaret som vårdgivare utgår och att kommunstyrelsens reglemente tillförs ansvaret att fullgör uppgiften som vårdgivare.
- ▶ Föreslå fullmäktige att besluta om ett program med mål och riktlinjer för verksamheter som utförs av privata utförare.

## 2. Inledning

### 2.1 Bakgrund

Äldreomsorgen är en central kommunal angelägenhet och en viktig välfärdstjänst. Kommunerna har det medicinska ledningsansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården. Det är dock regionerna som ansvarar för läkarinsatserna.

Begreppet patientsäkerhet är kärnan i all hälso- och sjukvård. Det handlar om att patienter skall skyddas mot vårdskador och anses påverkas av faktorer som tydlighet i styrning, personalens kompetens och förmåga till personcentrerad vård. En bra äldreomsorgsverksamhet bygger på relationen mellan den äldre och personalen, att den som hjälper har kunskap om den äldres livssituation så att stödet "inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande" (5 kap. 4 § SoL).

Revisorerna har utifrån sin riskbedömning valt att under 2021 genomföra en fördjupad granskning av kvalitet och patientsäkerheten inom äldreomsorgen med inriktning på tillgång på medicinsk kompetens i förhållande till behovet.

### 2.2 Syfte och frågeställningar

Granskningens syfte har varit att ge revisorerna ett underlag för att bedöma om äldrenämnden har säkerställt en styrning av kommunala och privata utförare som säkerställer tillräcklig tillgång på medicinsk kompetens, en god kvalitet och patientsäkerhet inom särskilda boenden för äldre.

I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Har nämnden en ändamålsenlig styrning av äldreomsorgen som säkerställer en god medicinsk kompetens och patientsäkerhet?
  - ▶ Finns tydliga riktlinjer och rutiner för den medicinska kompetensen och patientsäkerheten?
- ▶ Har nämnden säkerställt en organisation med tillräcklig medicinsk kompetens för att tillse en god kvalitet och patientsäkerhet?
  - ▶ Genomförs systematiska analyser: och uppföljning av tillgången till medicinsk personal i förhållande till de äldres olika behov?
  - ▶ Vilka kvalitetskrav avseende medicinsk kompetens ställs i avtalen med utförarna? Och sker uppföljning av att kraven tillgodoses?
- ▶ Hur säkras kvalitet vid personalomsättning, både vad gäller medarbetare och chefer?
- ▶ Har kommunen en adekvat samverkan med regionen rörande läkarresurser och annan medicinsk kompetens?
- ▶ Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll för att säkerställa en god medicinsk kompetens och patientsäkerhet, t.ex. vid avvikelserapportering?
- ▶ Finns entydiga kriterier för i vilka fall läkare skall infinna sig personligen vid boendet för bedömning av vårdbehov för den äldre som insjuknat eller skadats?
  - ▶ I vilken utsträckning tillämpas kriterierna?

### 2.3 Ansvarig nämnd

Äldrenämnden.

### 2.4 Avgränsning

Granskning kommer att göras av särskilda boenden för äldre. På utförarnivå kommer granskningen omfatta ett urval av både kommunala och privata enheter.

### 2.5 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- ▶ Socialtjänstlagen (2001:453)
- ▶ Patientsäkerhetslagen
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- ▶ Socialtjänstförordningen (2001:937 2 kap 3 §)
- ▶ SOSFS 2011:9 Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ SOSFS 2012:3 Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre
- ▶ Mål och budget 2021
- ▶ Äldrenämndens reglemente
- ▶ Övriga av fullmäktige beslutade relevanta styrdokument
- ▶ Vedertagna kvalitetsstandarder för äldreomsorg

## 2.6 Metod och genomförande

Granskningen sker genom dokumentgranskning och intervjuer med äldrenämndens presidium, berörda chefer och medarbetare. Intervjuer har genomförts med verksamhetschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor vid de enheter som omfattats av granskningen. Följande enheter har omfattats av granskningen:

- ▶ Nacka kommun.
  - ▶ Nacka seniorcenter Ektorp.
  - ▶ Nacka seniorcenter Sjötäppan.
  - ▶ Nacka seniorcenter Sofiero.
- ▶ Privata, aktiebolag.
  - ▶ Attendo Kungshamn.
  - ▶ Vardaga, Villa Båthöjden.
  - ▶ Silver Life Graningestränd.
- ▶ Ideell förening/Stiftelse
  - ▶ Ersta Diakoni Sarahemmet.
  - ▶ Danvikshem.

## 2.7 Kvalitetssäkring

Utöver vår interna kvalitetssäkring har samtliga intervjuade fått möjlighet att komma med synpunkter på rapportutkastet, för att säkerställa att revisionsrapporten bygger på korrekta fakta och uttalanden.

### 3. Ansvar för samt ledning och styrning av hälso- och sjukvård

#### 3.1 Äldrenämndens ansvar

Av äldrenämndens reglemente framgår att:

*Äldrenämnden fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten (exklusive ekonomiskt bistånd), kommunal vård och omsorg och de uppgifter som enligt annan lag eller författning ankommer på socialnämnd/kommunal nämnd avseende personer över 65 år. I detta ingår att nämnden är ytterst vårdgivare enligt 11 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.*

Äldrenämnden är huvudman för och/eller myndighet inom de ansvarsområden som anges i nämndreglementet.

Äldrenämnden är system- och finansieringsansvarig nämnd för kundvalssystemen inom sina ansvarsområden. I detta ingår bl.a. följande.

- ▶ Bevaka att kundvalssystemen inom nämndens ansvarsområden är konkurrensneutrala mellan kommunala och privata anordnare.
- ▶ Utarbeta och fastställa specifika auktorisationsvillkor för kundvalssystem inom nämndens ansvarsområde och vidta smärre justeringar som inte är av principiell betydelse.
- ▶ Auktorisera anordnare i enlighet med antagna generella och specifika auktorisationsvillkor
- ▶ Svara för kommunens tillsyn av anordnare i enlighet med fastställda generella och specifika auktorisationsvillkor.
- ▶ Återkalla auktorisation av anordnare som inte uppfyller villkoren för auktorisation.
- ▶ För varje kundvalssystem anta en modell för uppföljning och utvärdering av anordnaren och verksamheten.

#### 3.2 Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

I HSL som är en målinriktad ramlag definieras hälso- och sjukvård som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Den som har störst behov ska ges företräde till hälso- och sjukvården. För att uppfylla kraven på en god vård ska hälso- och sjukvården:

- ▶ Vara av god kvalitet med god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.
- ▶ Vara lätt tillgänglig.
- ▶ Bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- ▶ Främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Där hälso- och sjukvård bedrivs ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för god vård ska kunna ges. HSL ställer också krav på att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.

#### 3.3 Patientsäkerhetslag (PSL)

PSL innehåller bl.a. bestämmelser som riktar sig både till vårdgivarna och till hälso- och sjukvårdspersonalen. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård i HSL respektive tandvårdslagen, upprätthålls. I vårdgivarens ansvar ingår att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Som ett led i detta ska vårdgivaren utreda händelser i verksamheten som har medfört en vårdskada eller hade kunnat göra det.

Varje år (senast 1 mars) ska alla vårdgivare upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt 3 kap. 10 § PSL. Av patientsäkerhetsberättelsen ska framgå; hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och vilka resultat som har uppnåtts.



## 3.4 Sjukvårdshuvudman

Den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård benämns i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som huvudman. En kommun ska enligt 12 kap. 1 § HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer och verksamheter men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

I Nacka kommun är det äldrenämnden som enligt vår tolkning av nämndreglementen fullgör uppgiften som sjukvårdshuvudman inom särskilt boende för äldre (SÄBO).

En kommun får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för. Kommunen behåller dock alltid sitt huvudmannaskap för hälso- och sjukvårdsverksamheten, vilket bl.a. innebär att kommunen har kvar ett övergripande ansvar för att dess medlemmar får en god vård, vilket bl.a. kan säkerställas genom tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de externa utförarna. Kommunen har sedan ett ansvar som huvudman att följa upp och kontrollera verksamheten.

### 3.4.1 Samverkan mellan läkarorganisationen och hälso- och sjukvårdsorganisationen i SÄBO

Mellan Region Stockholm och ansvariga nämnder i länets kommuner finns en överenskommelse "Samverkan mellan läkarorganisation/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation /personal i särskilt boende för äldre". Enligt hälso- och sjukvårdslagen, 15 kap. HSL, ska regionen sluta avtal med kommunerna i länet när det gäller omfattningen av och formerna för läkarnas medverkan. Vidare ska regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende. Avtalet ska utgöra en grund för respektive läkarorganisation och kommunfinansierad verksamhet vid tecknandet av lokal överenskommelse som förtydligar respektive organisations ansvar för samverkan när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser inom särskilt boende för äldre. Av samverkansöverenskommelsen framgår vilka områden som den lokala överenskommelsen ska innehålla rutiner för. I övrigt ingår i överenskommelsen ansvar och åtaganden för respektive part. Regionfinansierade läkarorganisationer har godkänts enligt LOV och väljs av i sin tur av ett kommunfinansierat särskilt boende för äldre.

Ansvaret för läkarinsatser får inte överlåtas till kommunerna men om läkarorganisationen vid upprepade tillfällen inte uppfyller sina skyldigheter gentemot det särskilda boendet enligt förfrågningsunderlaget, äger kommunen med stöd av 16 kap 1 § HSL rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina faktiska kostnader för detta från regionen. Motsvarande gäller om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt delöverenskommelsen att tillhandahålla läkare.

## 3.5 Vårdgivare

Med vårdgivare avses i HSL en statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vårdgivaren har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård. Ansvaret innebär att vårdgivaren ska se till att bestämmelserna i lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd följs i verksamheten. I ansvaret ingår bl.a. att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens, att verksamheten har ett ledningssystem, att åtgärder vitas för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador och att utreda och anmäla händelser som kan leda till vårdskador, m.m.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, för verksamhet som omfattas av HSL. Föreskriften ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.



Av äldrenämndens reglemente framgår att äldrenämnden är vårdgivare för den äldreomsorg som bedrivs av kommunens anordnare i egen regi.

### 3.6 Verksamhetschef

Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ska ha en verksamhetschef. Verksamhetschefen är den som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Det är vårdgivaren som bestämmer vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som verksamhetschefen ska ha. Vissa arbetsuppgifter måste dock alltid ingå i verksamhetschefens ansvarsområde, t.ex. att ansvara för rutiner och för delegering.

Verksamhetschefen behöver inte ha medicinsk kompetens. Men utan medicinsk kompetensen får verksamhetschefen inte bestämma över vård och behandling av patienter.

### 3.7 MAS

Kommunerna ansvarar för viss hälso- och sjukvård enligt 12 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas sjuksköterskor med ett särskilt medicinskt ansvar, så kallade medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en fysioterapeut, arbetsterapeut eller sjukgymnast fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Funktionen benämns i förekommande fall medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Det ska finnas minst en MAS i kommunen som då har hela den kommunala hälso- och sjukvården som sitt verksamhetsområde. Kommunen kan också dela in hälso- och sjukvården i olika verksamhetsområden och ha en MAS eller en MAR för varje sådant område. Det är inte i särskild ordning reglerat vilken organisatorisk ställning och mandat en MAS och MAR ska ha inom den kommunala hälso- och sjukvården.

MAS och, i tillämplig omfattning MAR, ansvarar enligt 4 kap. 6 § första stycket hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), för att

- 1) patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
- 2) patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
- 3) journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL,
- 4) beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
- 5) det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
  - a) läkemedelshantering,
  - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och
  - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

En kommun får enligt 15 kap. 1 § HSL sluta avtal med annan om att utföra sådan hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för. Även när sådan hälso- och sjukvård enligt avtal utförs av annan gäller kommunens grundläggande hälso- och sjukvårdsansvar som sjukvårdshuvudman.

### 3.8 Hälso- och sjukvårdspersonal

All hälso- och sjukvårdspersonal har också ett eget ansvar för hur de utför sitt arbete (6 kap. 1-2 §§ PSL). Enligt PSL ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. MAS och MAR:s ansvar enligt 4 kap. 6 § första stycket i hälso- och sjukvårdsförordningen för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, innebär inte någon inskränkning av ansvaret för andra.

### 3.9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystem ska användas för att säkra kvalitet i, samt planera, leda och förbättra verksamheter. Med hjälp av processer och rutiner samt ett systematiskt förbättringsarbete ska verksamheten uppnå kvalitet. Det systematiska förbättringsarbetet ska bestå av riskanalys, egenkontroll och hantering av avvikelser.

### 3.10 Program med mål och riktlinjer för verksamheter som utförs av privata utförare

Kommuner får, enligt 10 kap. 1 § kommunallagen (KL), lämna över verksamhet, till privata utförare. Gentemot kommuninvånarna är kommunen fortsatt ansvarig, på samma sätt som för verksamhet som bedrivs i egen regi. Av 10 kap. 8 § framgår att när skötseln av en kommunal angelägenhet överlämnats till en privat utförare ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten.

Enligt 5 kap. 3 § KL ska kommunfullmäktige varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för verksamheter som utförs av privata utförare. Syftet med kommunallagens bestämmelse är att förbättra uppföljning och kontroll av privata utförare samt öka allmänhetens insyn i privata utförarens verksamhet.

Kommunfullmäktige antog i samband med mål och budget 2016-2018 ett program för utförare. Syftet med programmet var att säkerställa en kvalitativ uppföljning och kontroll av privata utförare som bedriver verksamhet på uppdrag av Nacka kommun. Programmet gäller både uppföljning av privata och kommunala utförare. Något motsvarande program fastställt av fullmäktige avseende nuvarande mandatperiod har inte kunnat identifieras.

### 3.11 Bedömning

Enligt reglementet ska nämnden vara huvudman inom ett antal angivna ansvarsområden. Även om det inte framgår explicit tolkar vi reglementet som att i äldrenämndens uppgift ingår att vara huvudman enligt HSL för den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för inom särskilda boenden för äldre. En synpunkt är att ansvaret som sjukvårdshuvudman tydligare bör framgå av nämndens reglemente.

Reglementet stadgar dessutom att äldrenämnden ytterst är vårdgivare enligt 11 kap. 1 § HSL. En tolkning av skrivningen är att nämnden i så fall är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som utförs i de särskilda boenden för äldre som Nacka kommun driver som anordnare i egen regi. Enligt vår uppfattning är det i så fall ett ansvar som kommer i konflikt med hur kundvalsmodellen faktiskt tillämpas i kommunen och i förhållande till kommunens organisation av egenregiverksamhet. Kommunstyrelsen ansvarar (fullgörs av kommunstyrelsens verksamhetsutskott) för produktionen av tjänster inom samtliga nämnders ansvarsområden och därmed också för särskilda boenden för äldre som drivs av Nacka kommun. Alltså är det enligt vår uppfattning kommunstyrelsen som bedriver hälso- och sjukvård i särskilda boenden för äldre i egen regi och därmed i det här fallet är vårdgivare. Det ska enligt vår bedömning framgå av kommunstyrelsens reglemente. Under granskningens genomförande har detta förhållande tagits upp med representant för äldreheten. Enligt uppgift kommer revideringar av berörda reglementen att genomföras.

HSL definierar vilket ansvar som kommunen och därmed äldrenämnden har för hälso- och sjukvårdens kvalitet i särskilda boenden för äldre men också vilket ansvar respektive vårdgivare har. PSL riktar sig till vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal och anger vad som gäller för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Det är enligt vår bedömning en relativt tydlig förutbestämd ansvarskedja som definieras av hälso- och sjukvårdens författningar. Äldrenämnden har det övergripande ansvaret för att kommunens invånare som bor på särskilda boenden för äldre får en god vård. Nämnden ska säkerställa att så blir

fallet genom tillräckliga och relevanta villkor (krav) ställs för att godkännas som anordnare samt genom att följa upp och kontrollera anordnarnas verksamhet. Anordnarna har i egenskap av vårdgivare ett operativt ansvar för att bestämmelserna i lagar och författningar följs och att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens samt ett ledningssystem enligt SOSFS 2011:19. Respektive verksamhetschef har det övergripande ansvaret (samlade ledningsansvaret<sup>1</sup>) för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

En särskild förutsättning utgörs av att huvudmannaskapet delas mellan region och kommun avseende ansvaret för hälso- och sjukvården. För att en god sammanhållen och individanpassad vård utifrån den enskildes behov ska kunna ges krävs en väl fungerande samverkan mellan parterna. Kommunen har ingen möjlighet att kontrollera läkarresursen och har därmed inget eget bestämmande inflytande över läkarmedverkan och dess omfattning i SÄBO. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt överenskommelsen att tillhandahålla läkare, eller om läkarorganisation vid upprepade tillfällen inte uppfyller sina skyldigheter har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Inom kommunal vård och omsorg har den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) ansvar för att författningar och andra regler är kända och efterlevs. MAS ansvarar också för att nödvändiga direktiv, instruktioner och rutiner finns för sjukvårds- och rehabiliteringsverksamheten. Anordnarna i Nacka kommun ska enligt auktorisationsvillkoren ha egen anställd MAS. I och med detta fullgör de uppgifter som ankommer på MAS enligt hälso- och sjukvårdsförordningen.

All hälso- och sjukvårdspersonal har dessutom ett eget yrkesansvar gentemot patienten som innebär att de ska utföra sitt arbete på ett sätt som är säkert för patienterna och som är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt kommunallagen ska kommunfullmäktige för varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för verksamheter som utförs av privata utförare. I granskningen har framgått att fullmäktige inte har beslutat om ett sådant program för den nu aktuella mandatperioden. Enligt vår bedömning utgör det en brist.

## 4. Särskilda boenden för äldre i Nacka kommun

### 4.1 Särskilt boende för äldre (SÄBO) - Kundval

Enligt socialtjänstlagen (2001:453) ska kommunen inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd. Ansökan om särskilt boende prövas efter utredning av biståndshandläggare enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen.

Särskilda boenden för äldre ingår i Nacka kommuns kundvalssystem och har upphandlats i enlighet med lag om valfrihetssystem (LOV) Det finns för närvarande 14 särskilda boenden för äldre som auktoriserats (godkända som leverantör). Fyra av de särskilda boendena drivs av Nacka kommun genom Välfärd och samhällsservice. Efter det att insatsen särskilt boende beviljats kan den enskilde välja anordnare.

### 4.2 Mål och indikatorer

Kommunfullmäktige har fastställt fyra övergripande mål som gäller för all verksamhet och respektive nämnds fokusområde per övergripande mål (framgår av Bilaga 1 - Övergripande mål, fokusområden och indikatorer). För år 2021 har äldrenämnden 20 målsatta indikatorer i förhållande till övergripande mål/fokusområden. Nedan redovisas de indikatorer som direkt eller indirekt har bäring på särskilda boenden och hälso- och sjukvård.

---

<sup>1</sup> Men kan uppdras åt annan att fullgöra enskilda ledningsuppdrag, t.ex. medicinskt ledningsansvar.

Tabell 1 - Urval av indikatorer

Indikator	Utfall 2020	Mål 2020	Mål 2021
Nackas äldreomsorg är bland de 10 % bästa kommunerna i landet avseende kvalitet och effektivitet	Rank 31 av 235	Rank 35 av 235	Rank 30 av 235
Andel kunder som sammantaget är nöjda med sitt äldreboende	88 %	86 %	86 %
Andel kunder som upplever att de kan påverka hur hjälpen genomförs i särskilt boende	81 %	80 %	80 %
Andel personer med plats på särskilt boende som besväras av ensamhet	17 %	20 %	16 %
Andel kunder i särskilt boende äldreomsorg som trivs i boendemiljön			44 %
Andel kunder i särskilt boende som uppger att de är nöjda med de sociala aktiviteter som erbjuds.	66 %	71 %	72 %
Andel personer 75 år eller äldre som behandlas med mer än 10 mediciner.	25 %	23 %	22 %
Antal personer som har fallskador bland personer 80+ per tusen invånare		79	75
Andel personer som får god omsorg i livets slutskede på särskilt boende utifrån sju områden i palliativa registret	77 %	90 %	96 %

Av nämndens indikatorer är det två som specifikt avser hälso- och sjukvård i särskilda boenden för äldre, god vård i livets slutskede och andel personer 75 år och äldre som behandlas med mer än 10 mediciner. Indikatorn avseende antal personer med fallskador avser äldreomsorgen i sin helhet.

Fokusområden samt indikatorer för 2022-2024 har omarbetats vilket har medfört förändringar i förhållande till föregående mål och budget, bl.a. har antalet indikatorer minskat från 20 till 16.

## 4.3 Reglemente för kundvalssystem

Nacka kommun tillämpar ett valfrihetssystem benämnt kundval. Kundval är ett alternativ till upphandling enligt lagen om upphandling (LOU) och att driva verksamhet i egen kommunal regi. I reglementet för kundval som fastställs av kommunfullmäktige definieras kommunens kundvalssystem för att säkerställa att samtliga kundval innehåller tydliga auktorisationsvillkor samt att uppföljningen är enhetlig och transparent. De olika kundvalssystemen klargörs utifrån generella och specifika auktorisationsvillkor. De generella villkoren fastställs av fullmäktige och är gemensamma för alla kundval i kommunen och de specifika villkoren av ansvarig nämnd.

Reglemente för kundval antogs av kommunfullmäktige den 12 april 2021 och ersatte det reglemente som kommunfullmäktige beslutade om under 2014. Det nya reglementet för kundval trädde i kraft fr.o.m. 1 augusti 2021. Revideringarna består i huvudsak av utökade sanktionsmöjligheter vid brister hos anordnare samt formaliaändringar.

Formaliaändringarna och ändringar kopplade till reglementets utformning består av en ny struktur efter ämnesområden, fler generella villkor, sammanslagning av villkor och redaktionella ändringar. I det nya reglementet redovisas de generella auktorisationsvillkoren i 27 villkor. Numreringen av de generella auktorisationsvillkoren har ändrats i det nya reglementet i förhållande till det gamla.

I det tidigare reglementet fanns sanktionerna<sup>2</sup> varning och avauktorisering vid brister. Varje auktorisationsvillkor hade, en av kommunfullmäktige, förutbestämd sanktion. Enligt det nya reglementet tillämpas sanktionerna åtgärdsplan, varning, vite och avauktorisering. Varje nämnd ska i de specifika auktorisationsvillkoren besluta om vilka sanktioner som ska inträda om anordnaren brister i uppfyllandet av ett auktorisationsvillkor. Bristens påverkan på kund ska vara en avgörande faktor för val av sanktion.

Av tjänsteskrivelsen "Översyn av reglemente för kundval" framgår att stadsledningskontoret bedömde att nämnderna fortsatt bör uppdras att anta en uppföljningsplan för kundval men att dessa

<sup>2</sup> Inför eller i samband med beslut om varning har nämnderna också i regel beslutat om en åtgärdsplan. Åtgärdsplan har dock inte funnits med som sanktion i det tidigare reglementet.

planer ska beslutas årligen och även rapporteras vidare till kommunstyrelsen. Det nämns även i skrivelsen att det finns skäl att ge nämnderna i uppdrag att utveckla uppföljningen i nära samspel med varandra.

Äldrenämnden beslöt den 16 juni 2021 att de generella auktorisationsvillkoren 1-27 i det reviderade reglementet för kundval ersätter de nuvarande generella auktorisationsvillkoren för kundval inom äldrenämndens ansvarsområden. Ändringen gäller från och med den 1 augusti 2021. I övrigt är de specifika auktorisationsvillkoren oförändrade. Vidare beslöt äldrenämnden att ge social- och äldredirektören i uppdrag att senast den 31 oktober 2021 återkomma med en redovisning och förslag för tillkommande ändringar av de specifika auktorisationsvillkoren.

#### 4.4 Auktorisationsvillkor för anordnare av särskilt boende för äldre

Auktorisationsvillkoren finns grupperade under följande rubriker;

- ▶ Krav på sökande, kvalificeringskrav.
  - ▶ Uteslutning, registrering och ekonomiska ställning.
  - ▶ Lokaler, utrustning och administrativa system.
  - ▶ Verksamhetens ledning.
  - ▶ Överlåtelse av verksamhet.
  - ▶ Systematiskt kvalitetsarbete.
- ▶ Krav på tjänsten, kravspecifikation.
  - ▶ Mål, lagar och uppföljning.
  - ▶ Ansvarsförsäkring.
  - ▶ Personal.
  - ▶ Övriga krav på verksamheten.

##### 4.4.1 Allmän orientering

Inledningsvis redovisas att upphandlingen genomförs utifrån lag om valfrihetssystem (LOV) men att på grund av Nacka kommuns modell för kundval så innehåller auktorisationsvillkoren andra begrepp än de som förekommer i LOV.

För särskilt boende för äldre anges ett antal mål bl.a. att kunden ska kunna påverka sin vård och omsorg och ges hjälp utifrån individuella behov, kunden ska uppleva så god fysisk och psykisk hälsa som möjligt och att insatserna ska vara trygga och säkra.

Under rubriken beskrivning av tjänsten framgår att det i den bl.a. ingår hälso- och sjukvårdsinsatser t.o.m. sjuksköterskenivå, inklusive rehabilitering.

Kundvalssystemet inom särskilt boende bygger på att det särskilda boendet bemannar utifrån kundernas aktuella behov av omvårdnad och service samt att de får ersättning utifrån detta. För att vårdbehovet ska bedömas på ett likvärdigt sätt används ett mätinstrument som tar hänsyn till kundens aktivitetsförmåga, mentala förmåga, psykiska status samt behov av hälso- och sjukvårdsinsatser och rehabilitering d.v.s. en s.k. vårdresursmätning. Vårdresursmätningen avgör hur stort checkbelopp som ska betalas ut.

##### 4.4.2 Specifika auktorisationsvillkor

I detta avsnitt redovisar vi i huvudsak de specifika auktorisationsvillkoren som har bäring på hälso- och sjukvård samt patientsäkerhet. Det förekommer i några fall dessutom hänvisning till generella villkor. Villkoren gäller fr.o.m. 1 juni 2020.

Anordnaren ska tillhandahålla och bekosta utrustning och förbrukningsartiklar för medicinska behov, arbetsredskap, arbetstekniska hjälpmedel, och inkontinensmedel som åtgår för att fullgöra åtagandet. Anordnaren svarar för kostnader om ansvaret inte åvilar Region Stockholm i enlighet med samverkansöverenskommelse om kostnadsansvar.

Det finns specifika villkor avseende verksamhetens ledning. Den som ansvarar för den dagliga ledningen, verksamhetsansvarig, ska ha ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter, allmänna råd, nationella riktlinjer och auktorisationsvillkor samt kunna beskriva hur detta tillämpas i praktiken. Verksamhetsansvarig ska arbeta i verksamheten i sådan omfattning som krävs för att säkerställa att auktorisationsvillkor, lagar, förordningar och rutiner följs. För privata anordnare är det Inspektionen för vård och omsorg, IVO, som avgör om verksamhetens ledning uppfyller de krav som ställs och för kommunala anordnare är det äldreheten som fattar beslut om godkännande. IVO:s beslut avser tillstånd att bedriva verksamhet i form av boenden som motsvarar dem som avses i Socialtjänstlagen, 5 kap. 5 § andra och tredje styckena eller 5 kap. 7 § tredje stycket.

Enligt villkoren ska det finnas en verksamhetschef för hälso- och sjukvård. Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska ska skriftligen informeras om verksamhetschefen uppdrar ledningsuppgifter till en annan person med adekvat kompetens. Anordnaren ska ha en egen medicinskt ansvarig sjuksköterska som ansvarar för uppgifterna enligt hälso- och sjukvårdsförordningen.

Av de generella villkoren följer att anordnaren ska ha rutiner för hantering av synpunkter, klagomål, fel, brister varav de som är allvarliga ska rapporteras till kommunen tillsammans med att åtgärdsplaner redovisas. Enligt de specifika villkoren ska anordnaren ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i överensstämmelse med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Anordnaren är skyldig att se till att kommunens MAS underrättas om allvarliga vårdskador och risker för allvarliga vårdskador. När beslut från IVO Inspektion för vård och omsorg mottas ska MAS underrättas.

Anordnarens åtaganden omfattar hälso- och sjukvårdsinsatser till och med sjuksköterskenivå vilket även inkluderar rehabilitering inklusive dietistinsatser. I åtagandet ingår att alla nyinflyttade, och därefter minst en gång per år, blir bedömda av arbetsterapeut, fysioterapeut/sjuktymnast, läkare och sjuksköterska samt få de insatser de bedömts vara i behov av. Hälso- och sjukvårdsinsatserna ska ha sin utgångspunkt i vetenskaplig och beprövad erfarenhet och utformas i samverkan med den enskilde. Hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet, vara tillgänglig, bedrivs dygnet runt och vara individuellt planerad. Den enskilde ska även erhålla förebyggande hälsovård och tandvård.

Anordnaren ska vara ansluten och registrera i svenska palliativregistret och SeniorAlert. Verksamheten ska använda resultat från kvalitetsregister på verksamhetsnivå i sitt utvecklingsarbete. Anordnaren ska vara ansluten och registrera alla kunder med demenssjukdom i BPSD -register och använda sig av bemötandeplaner i det dagliga arbetet. Vidare gäller att anordnaren ska använda tandvårdsenhetens IT-system Symfoni.

All personal ska ha goda kunskaper om vård i livets slutskede. Nationella riktlinjer för palliativ vård i livets slutskede ska följas. Kunderna som befinner sig i livets slut ska få god vård och omsorg samt värdig omhändertagande.

Anordnaren ska samverka med andra vårdgivare i enlighet med de samverkansöverenskommelser som kommunen träffar. Anordnaren svarar för de delar som är kommunens ansvar i särskilt boende enligt överenskommelserna, om inte annat meddelas av kommunen. Anordnaren ansvarar för att ha ett gällande avtal om läkarinsatser dygnet runt.

Anordnaren ska ha följsamhet till föreskriften om basal hygien i vård och omsorg samt ha rutiner för egenkontroll. Anordnaren ska följa Smittskydd Stockholms handlingsprogram och ha ett avtal med Vårdhygien i Stockholm.

### **Personal**

Anordnaren är arbetsgivare för sin personal och svarar därmed för att anställnings- och arbetsmiljövillkor uppfylls enligt gällande lagstiftning. Det är anordnarens ansvar att säkerställa att personalen har den kompetens som krävs för att ge god vård och omsorg. All hälso- och sjukvårdspersonal ska vara legitimerad. Sjuksköterska ska finnas på plats vardagar dagtid. Sjuksköterska ska vara tillgänglig för kontakt med kommunen och övriga vårdgivare. Övrig tid ska sjuksköterska finnas tillgänglig med inställetid på 30 minuter. Arbetsterapeut och fysioterapeut ska finnas tillgänglig dagtid på



vardagar. Det ska finnas tillgång till dietistkompetens vid behov. Anordnaren svarar för att all personal kontinuerligt får utbildning, fortbildning och handledning för att vid varje tillfälle vara lämpade att utföra sina arbetsuppgifter.

Minst 90 procent av omsorgspersonalen ska ha relevant utbildning. Med relevant utbildning menas minst gymnasieskolans yrkesprogram, vård- och omsorgsprogrammet, enligt den nya gymnasierformen (GY11) eller likvärdig utbildning.

Det ska senast, enligt de generella villkoren, när verksamheten startar finnas personal i sådan omfattning och med relevant utbildning och erfarenhet att statliga och/eller kommunala mål för verksamheten kan nås.

### Uppföljning och kontroll

Kommunen är ansvarig för att följa upp kvalitet i verksamheter i egen regi och verksamhet som bedrivs av privata utförare. Uppföljning av anordnare syftar till att följa upp att utförandet av tjänsten uppfyller de kvalitetskrav som finns. Uppföljningen ska även kontrollera att verksamhet bedrivs korrekt enligt avtal och enligt villkor för kundval.

Tillsyn och uppföljning av hälso- och sjukvård sker av kommunens MAS genom:

- ▶ Planerade och påkallade granskningar.
- ▶ Oanmälda eller anmälda besök.
- ▶ Uppföljning och analysering av resultat av nationella kvalitetsregister.
- ▶ Uppföljning av avvikelser:

Dokument som ska skickas till kommunens MAS:

- ▶ Patientsäkerhetsberättelse, senast den 5 mars varje år.
- ▶ Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen, årligen.
- ▶ Protokoll från hygienronden tillsammans med hygiensjuksköterska.
- ▶ Uppgifter som kommunens MAS önskar ta del av ska levereras utan dröjsmål.

Det samlade resultatet bearbetas och analyseras för varje granskad anordnare och för hela verksamhetsområdet. En bedömning om anordnaren uppfyller de krav som ställs i avtal sker. Beslut om förslagna sanktioner fattas av ansvarig nämnd. Anordnaren åtgärdar bristerna och detta följs systematiskt upp. Verksamhetsuppföljningarna dokumenteras och kommuniceras med berörda parter.

### Insyn

Kommunen ska ha rätt till insyn i verksamheten för uppföljning och utvärdering. I detta ingår att kommunen ska få del av handlingar som kommunen efterfrågar. Anordnaren ska delta i den uppföljning som kommunen genomför.

#### 4.4.3 Kontrollpunkter och sanktioner

Vid varje generellt auktorisationsvillkor anges kontrollpunkter och vilken sanktion som aktualiseras vid brist. De kontrollpunkter som förekommer är; uppvisa vid auktorisation, uppföljning och egen anmälan. Sanktionerna som kan aktualiseras är varning och avauktorisering.

När gäller kontrollpunkten uppvisa vid auktorisation så finns det kravet främst för de villkor som ställs avseende utslutning, registrering och ekonomisk ställning. I övrigt ska anordnaren uppvisa vid auktorisation, att den dagliga ledningen av verksamheten har adekvat kompetens, ur de statliga och kommunala målen ska nås samt att kunna tillhandahålla verksamhet hela året.

## 4.5 Lokal samverkansöverenskommelse avseende läkarinsatser

### 4.5.1 Utgångspunkt

Av överenskommelsen mellan region Stockholm och länets kommuner "Samverkan mellan läkarorganisationen och hälso- och sjukvårdsorganisationen i SÄBO" ska lokal överenskommelse tecknas mellan respektive läkarorganisation och kommunfinansierad verksamhet som förtydligar respektive organisations ansvar för samverkan när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser.

Av de 14 SÄBO som finns i Nacka kommun har 13 överenskommelser med Familjeläkarna i Saltsjöbaden. Av överenskommelsen framgår att insatserna utförs dygnet runt av Familjeläkarna genom avtal mellan region Stockholm som regleras av förfrågningsunderlag enligt LOV "Läkarinsatser i särskilt boende".

### 4.5.2 Överenskommelsens innehåll

Vi redovisar kortfattat några exempel på vad överenskommelsen innehåller med avseende på läkarmedverkan. Följande utgör exempel på tillgänglighet. Läkaren ansvarar för att besöka SÄBO enligt fastställt schema, dock minst en gång per vecka. Ansvarig läkare finns tillgänglig per telefon vardagar mellan kl. 08.00-17.00. Jourläkare har inställetiden 2 timmar. I läkarens ansvar ingår att göra hembesök planerade och oplanerad (akuta) vid behov. Läkaren ansvarar även för att avsätta tid för samtal med anhörig avseende medicinska frågor.

I ansvaret för medicinska bedömningar ingår att läkaren ska genomföra planerade och oplanerade medicinska bedömningar, utredningar och behandlingsinsatser dygnet runt. Göra medicinsk bedömning av nyinflyttad inom en vecka. I åtagandet ingår även att läkaren ska medverka vid vårdplanering och brytpunktssamtal när behov finns och alltid vid vård i livets slutskede. Läkaren ansvarar också för att tillsammans med sjuksköterska göra bedömning och beslut när palliativ vård i tidig eller sen fas samt palliativ vård i livets slutskede kan bli aktuell och då upprätta en plan för den fortsatta vården.

## 4.6 Bedömning

Äldrenämndens målsatta indikatorer i Mål och budget avser i begränsad utsträckning hälso- och sjukvård inom särskilda boenden för äldre. I första hand gäller det indikatorerna om god omsorg i livets slutskede och andel med mer än 10 läkemedel. Indikatorn antal personer med fallskador gäller för äldre generellt i kommunen. Samtidigt kan konstateras att avseende fallskador saknas mätvärde för 2020 och för de två andra indikatorerna så uppnåddes inte de mål som satts för 2020.

I auktorisationsvillkoren redovisas mål för särskilt boende för äldre. Målen är av inriktningskaraktär och i villkoren anges inga målvärden. I nämndens indikatorer ingår dock andelen kunder på SÄBO som upplever att de kan påverka hur hjälpen genomförs som kan sägas ha en koppling till målet att kunden kan påverka sin vård och omsorg och få sin hjälp utifrån sina individuella behov. Indikatorn särskiljer dock inte på insatser som avser hälso- och sjukvård respektive socialtjänst.

Bedömningen är att nämnden bör komplettera indikatorn om god omsorg i livets slutskede och besluta om indikatorer med målvärden avseende hälso- och sjukvård i SÄBO som har ett relevant samband med god vård och patientsäkerhet.

Valfrihetsmodellen för särskilda boenden för äldre är upphandlad enligt LOV men de begrepp som används kommer från det av fullmäktige beslutade reglementet för kundval. Det innebär t.ex. att förfrågningsunderlag motsvaras av auktorisationsvillkor och att teckna kontrakt av auktorisation.

En viktig förutsättning för att kunna säkerställa en god kvalitet i hälso- och sjukvården är att det i auktorisationsvillkoren (förfrågningsunderlaget) utifrån nämndens ambitionsnivå med hälso- och sjukvården utformas tydliga krav på tjänstens utförande och kvalitet. Tillämpningen av kundvalsmodellen bör leda till att kontrakt, med tydliga och uppföljningsbara åtaganden avseende kvalitet, tecknas med anordnarna. Äldrenämnden måste fortlöpande och i tillräcklig omfattning följa upp att an-



ordnarna lever upp till sina åtaganden eller ställda villkor. De två viktigaste styrmedlen enligt vår bedömning för att säkerställa en tillräcklig medicinsk kompetens och god vård är den ambitionsnivå som uttrycks i villkoren och uppföljningen av anordnarnas följsamhet till villkoren. Om brister konstateras i utförarnas tjänster måste det i avtalen finnas en verkningsfull modell för hantering av avvikelser.

En bedömning när det gäller villkoren för auktorisation är att nämnden i dessa ställer relativt få egna och inte särskilt specifika krav på utförandet av hälso- och sjukvården i SÄBO. Direkt eller indirekt hänvisar villkoren till det ansvar för vården och patientsäkerheten som är en konsekvens av de i författningar definierade ansvar som följer av rollerna som vårdgivare, verksamhetschef och MAS. Exempel på krav som gäller är vad det är för typ av insatser som ingår i uppdraget samt att alla boende vid inflyttningen och årligen ska bli bedömda av olika professioner inom hälso- och sjukvården. Ett generellt krav är att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet, vara tillgänglig, bedrivs dygnet runt och vara individuellt planerad. En konsekvens av att anordnaren, inklusive anordnare i egen regi, ska ha en egen MAS (s.k. intern MAS) är att den interna MAS-funktionen övertar det ansvar som följer av hälso- och sjukvårdsförordningen. Äldrenämndens MAS på äldreboendet har då inte ett ansvar enligt hälso- och sjukvårdsförordningen för anordnarnas SÄBO.

Kravet på kompetens är att all hälso- och sjukvårdspersonal ska vara legitimerad och att det är anordnaren som svarar för att personal har den kompetens som krävs för god vård och kontinuerligt får fortbildning och handledning. Villkoren ställer inte krav på att det ska finnas individuella kompetensutvecklingsplaner. Krav på tillgänglighet är att sjuksköterskor ska finnas på plats dagtid vardagar och övrig tid med inställetid på 30 minuter. En reflektion är varför det inte finns krav på sjuksköterskor på plats under dagtid på helger. En faktor för att stärka den medicinska kompetensen på SÄBO är att säkerställa att det finns tillräckligt med sjuksköterskor i verksamheten. Ett annat är också att det finns tillgång till sjuksköterskor med specialistutbildning, t.ex. demenssjuksköterska. Något sådant krav finns inte med i auktorisationsvillkoren. Fysio- och arbetsterapeut ska vara tillgängliga vardagar. Villkoren definierar inte krav på dimensioneringen av hälso- och sjukvårdspersonalen annat än att de generella villkoren anger att vid start av verksamheten ska finnas personal i sådan omfattning och med relevant utbildning och erfarenhet att statliga/kommunala mål kan uppnås. Förutsättningen för bemanningen påverkas av den ersättning som respektive checknivå motsvarar.

I villkoren definieras inte vilken vårdnivå som anordnarna av SÄBO ska ha kompetens att klara av. Äldrenämndens ambitionsnivå, villkor och krav vad gäller patientsäkerhet framgår inte av auktorisationsvillkoren.

Anordnarna ska enligt de generella villkoren redovisa hur de statliga/kommunala målen för verksamheten ska nås. Anordnarna behöver inte i övrigt redovisa sin förmåga och kompetens vid ansökan om auktorisation. Av villkoren framgår inte att anordnaren specifikt ska beskriva hur verksamheten kommer att bedrivs/utformas utifrån de villkor (åtaganden) som följer av grunduppdraget. Anordnaren behöver inte heller redovisa sitt ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9. Vår bedömning är, utifrån de begränsade krav i auktorisationsvillkoren på redogörelse av hur vårdgivaren avser att säkerställa verksamhetens ändamålsenlighet, att det ställs höga krav på äldreboendet uppföljning av vårdgivarens faktiska avtalsefterlevnad och kvalitet.

Till varje generellt villkor finns angivet kontrollpunkter. Kontrollpunkten uppföljning ges i det sammanhanget ingen beskrivning av hur uppföljningen kommer att göras. En kort redogörelse ges under en särskild rubrik av kommunens uppföljning och kontroll. Där anges vilka underlag som används för att bedöma kvalitet samt följsamhet till avtal/villkor och vad som ingår i tillsyn och uppföljning av hälso- och sjukvård. Det framgår också vilka dokument som ska skickas in till kommunens MAS. Enligt vår uppfattning borde det anges i vilken omfattning som planerade granskningar av hälso- och sjukvården kommer att göras. I det avseendet redovisas inte nämndens ambitionsnivå. Av villkoren framgår också att kommunens MAS ska underrättas om allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador. Med allvarlig vårdskada avses en skada som är bestående och inte ringa eller har medfört att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Frågan är om det även finns anledning att följa anordnarnas avvikelser avseende vård och behandling som inte definieras som

allvarliga. Av villkoren framgår även att synpunkter, klagomål, fel och brister som är allvarliga ska rapporteras till kommunen tillsammans med åtgärdsplan. En brist i sammanhanget är att det saknas definition av begreppet allvarlig.

I överenskommelsen om läkarinsatser är det ett krav att läkaren ska genomföra planerade och oplanerade bedömningar och utredningar och behandlingsinsatser. Det framgår inte explicit av avtalet att eller i vilka fall det ska göras i form av fysiska bedömningar. Det som överenskommelsen säger, enligt vår tolkning, är att patienten har rätt till en individuell bedömning vid behov.

## 5. Ansvar och organisation

### 5.1 Äldreheten

Äldrehetens övergripande uppdrag från äldre nämnden är att svara för myndighetsutövning, finansiering och utveckling av äldreomsorgen. I enhetens uppdrag innefattas bl.a. ansvarar för kvalitetsfrågor, översyn och utveckling av kundval, uppföljning av anordnare och kvalitetsgranskningar, framtagande av nya insatser, riktlinjer, m.m.

Inom äldreheten finns två grupper: biståndshandläggare samt kvalitet och stöd. Tjänsten som medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ingår i kvalitets- och stödgruppen. I MAS uppgifter ingår att följa upp att hälso- och sjukvården inom kommunens ansvarsområden bedrivs enligt gällande lagar, regler och bestämmelser. Tillsyn och granskningar som MAS gör omfattar särskilda boenden för äldre men också särskilda boenden inom LSS och socialpsykiatri, korttidsboenden och dagverksamheter för äldre samt dagliga verksamheter för LSS. MAS fungerar även som ett stöd för beslutsfattare och har ansvar för den kommunövergripande samverkan med externa parter inom hälso- och sjukvård.

Äldrehetens MAS hade fram till för ca två år sedan också funktionen som intern MAS för anordnare av SÄBO i egen regi, d.v.s. Nacka seniorcenter. Tidigare har det funnits en MAR-funktion på äldreheten men den togs bort för ca 4 år sedan.

### 5.2 Valfärd samhällsservice

Nacka kommuns välfärdstjänster i egen regi finns organiserade i Valfärd samhällsservice. Kommunstyrelsen ansvarar för kommunal produktion av tjänster inom samtliga nämnders ansvarsområden. Kommunstyrelsens verksamhetsutskott bereder ärenden som avser kommunstyrelsens ansvar för produktion av kommunalt finansierade tjänster. I kommunstyrelsens reglemente framgår inte att styrelsen är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som bedrivs inom den kommunala produktionen.

Verksamheten är omfattar fyra affärsområden, varav Äldreomsorg utgör ett under ledning av en ansvarig affärsområdeschef. Till affärsområde äldreomsorg hör bl.a. Nacka seniorcenter som i sin tur består av fyra seniorcenter i form av särskilda boenden för äldre.

Sedan hösten 2019 (september) finns inom Valfärd samhällsservice en intern MAS för verksamheterna inom vård och omsorg men också dagverksamheter.

### 5.3 Bedömning

Den medicinska kompetens som nämnden har tillgång till som stöd för sitt huvudmannans ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård i SÄBO utgörs av en tjänst som MAS. Tjänsten avser inte enbart SÄBO utan även andra särskilda boendeformer inom äldre nämndens ansvarsområde samt dagverksamheter. MAS-funktionen enligt hälso- och sjukvårdsförordningen för SÄBO fullgörs av anordnarnas interna MAS:ar. I förhållande till auktoriserade anordnare blir tyngdpunkten för MAS-funktion vid äldreheten att följa upp hälso- och sjukvården genom tillsyn och granskningar. Avgörande för dimensioneringen av tjänsten är nämndens behov av medicinsk kompetens och ambitionsnivå vad gäller uppföljning (tillsyn och granskningar) av hälso- och sjukvården i SÄBO men också beroende vilka uppgifter i övrigt ingår i MAS-uppdraget. Vår bedömning är att dimensioneringen av tjänsten som

MAS måste ha den omfattning att nämndens kan utöva en tillräcklig uppföljning, tillsyn och granskning av hälso- och sjukvården hos anordnarna av SÄBO.

Frågan om behovet av att stärka den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen har aktualiserats under pandemin. Enligt nu gällande regelverk saknar dock kommunerna möjlighet att anställa läkare i äldreomsorgen. Frågan om medicinskt ledningsansvarig läkare (MAL) och om det finns behov av att låta kommunerna utföra patientnära läkarinsatser ingår i utredning om en ny äldreomsorgslag.

Enligt äldrenämndens reglemente ska nämnden vara vårdgivare detta till trots att det är anordnare i egen regi under kommunstyrelsens ansvar som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vi har tidigare i rapporten lyft fram att det förhållandet kommer i konflikt med Nacka kommuns styrmodell och är inte i överensstämmelse med HSL. Enligt vår uppfattning är det väsentligt att vårdgivaransvaret enligt HSL framgår av kommunstyrelsens reglemente.

## 6. Uppföljning av hälso- och sjukvård

### 6.1 Riktlinje - Uppföljning och granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten

Riktlinjen som utgör en modell för uppföljning enligt reglementet för kundval antogs av äldrenämnden vid sammanträde den 26 augusti 2015 och av socialnämnden den 25 augusti 2015.

Uppföljning av utförare (anordnare) och verksamheter har till syfte att följa upp att utförandet av tjänsten uppfyller de kvalitetskrav som finns. Uppföljningen ska även kontrollera att verksamhet bedrivs korrekt enligt avtal och enligt villkor för kundval. I reglementet redovisas de kvalitetsområden som ska följas upp enligt SoL, LSS och HSL och vilka verksamheter som ska följas upp.

Utgångspunkten för uppföljningen är krav på utförarna i avtal och villkor för kundval. Systematiskt uppföljningsarbete grundar sig på riskanalyser. Inför varje års planering genomförs riskanalyser för varje verksamhetsområde av ansvarig planerare/utvecklare (utvecklare har senare ersatts av titeln kvalitetsutvecklare) tillsammans med enhetschef för myndighetsenheterna. Riskanalys innebär att; identifiera krav som kan få stora konsekvenser om de inte uppfylls, värdera sannolikhet och konsekvens samt prioritera. Fortlöpande när information inkommer som indikerar allvarliga kvalitetsbrister ska riskanalyser göras. En uppföljningsplan upprättas för varje verksamhetsområde av ansvarig planerare/utvecklare och MAS. Planen godkänns av gruppchef vid sociala kvalitetsenheten. Kvalitetsgranskning av verksamheter genomförs systematiskt enligt årsplan och de rutiner som fastställts för kvalitetsgranskning.

Under rubriken samlas in resultat redovisas, hur brukarnas uppfattning om kvalitet ska samlas in, olika former av kvalitetsgranskningar och anordnarnas inrapportering av kvalitet. Under en särskild rubrik återfinns uppföljning av hälso- och sjukvård. Där framgår att MAS ska basera sin tillsyn på följande områden; riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser, förbättringsåtgärder, dokumentation och följsamhet till gällande rutinbeskrivningar. Uppföljningen genomförs årligen och vid misstanke om brister görs besök och en påkallad granskning. I den årliga granskningen ingår uppföljning av avvikelshantering. MAS sammanställer rapporterade avvikelser och redovisar till äldrenämnden.

Årligen redovisar anordnare kvaliteten i verksamheten genom att besvara en enkät. Frågorna i enkäten ställs i förhållande till krav i villkor och avtal. Svaren i enkäten utgör en del av underlaget för att analysera om anordnarna lever upp till ställda kvalitetskrav.

Enligt villkoren ska anordnare rapportera allvarliga klagomål, fel, brister och avvikelser. Ansvarig planerare/utvecklare bedömer fortlöpande den information som inkommer från utförare och vidtar de åtgärder som krävs.

Åtgärder i form av sanktioner som kan aktualiseras är varning, varning med åtgärdsplan och hävning av avtal (avauktorisering). Vid brister som inte medför sanktioner beslutar /planerare/utvecklare om hur anordnare ska åtgärda dessa.

### 6.1.1 Uppföljningsplan - Hälso- och sjukvård 2021

MAS tar årligen fram en plan för uppföljning av hälso- och sjukvården. De underlag som har legat till grund för riskanalys och prioriteringar av granskningar och uppföljningar i planen för 2021 har varit: Smittspridning och effekt av vidtagna åtgärder vid pandemin, inkomna avvikelser, statistik från nationella kvalitetsregister och Socialstyrelsens öppna jämförelser, tidigare bristområden vid granskningar/uppföljningar och klagomålen på vården, brister i patientsäkerheten samt anmälningar till tillsynsmyndigheten. Planen är indelad i uppföljningar som avser samtliga SÄBO, verksamheter som följs upp särskilt och allvarliga händelser.

De granskningar som förekommer är dels kvalitetsgranskning, dels påkallade granskningar. Kvalitetsgranskningar görs regelbundet och påkallade granskningar görs på förekommen anledning då allvarliga brister hos en anordnare har framkommit. I det senare fallet inriktas granskningarna på de områden där brister har förekommit eller misstänks ha förekommit. Utöver dessa granskningar kan äldreheten även göra temagranskningar för att belysa ett särskilt område hos anordnarna. Året efter en kvalitetsgranskning har gjorts görs en uppföljning som fokuserar på åtgärder och utvecklingsområden som anordnaren skulle arbeta med.

Uppföljningar som gäller samtliga SÄBO avser; smittspridning, hygienrutiner, indikatorer för palliativ vård, läkemedelsanvändning, munhälsa, patientsäkerhetsberättelser, egenkontroller och resultat från kvalitetsregistren.

Utav de anordnare som följs upp särskilt 2021 så avser två uppföljningar tidigare års kvalitetsgranskningar, ett SÄBO och ett korttidsboende. En annan uppföljning avser en anordnare som varnats i januari 2020 och mars 2021. Tre uppföljningar planeras av anordnare med anledning av påvisade brister. Beträffande kvalitetsgranskningar är en planerad och tre tematiska granskningar planerade att genomföras under hösten 2021.

Av de 8 allvarliga händelser som framgår av planer så avser 2 Lex Maria, 1 Lex Sarah, 3 klagomål och 2 IVO-anmälningar. Sammanlagt är det 4 anordnare som berörs av händelserna varav en av dessa planeras bli föremål för en kvalitetsgranskning 2021.

Ett konstaterande är att årsplanen har tagit hänsyn till att pandemirelaterat arbete kommer även i fortsättningsvis kräva mycket resurser från MAS under 2021. I sig medför det att resurser till kvalitetsgranskningar minskar.

Tidigare har kvalitetsgranskningar, enligt uppgift, på SÄBO gjorts vartannat år med uppföljning året efter. Under en period ansågs det väsentligt att följa upp anordnarnas etablering av det systematiska kvalitetsarbetet (SOSFS 2011:9). Bedömningen i dag är att anordnarnas processkvalitet efterhand har förbättrats varför äldreheten har ansett att det kan vara mer givande och resurseffektivt utifrån riskanalyser att genomföra tematiska granskningar och påkallade granskningar. Uppfattningen är att härigenom blir det ett starkare fokus på kvaliteten ur ett kundperspektiv. En jämförelse med uppföljningsplanerna<sup>3</sup> för 2018 och 2019 visar enligt de riskanalyser som då gjordes att samtliga SÄBO behöver årligen kvalitetsgranskas alternativt följas upp dels beroende på insatsens karaktär, dels utifrån den aktuella målgruppen. För 2018 planerades kvalitetsgranskningar av 8 SÄBO och 5 uppföljningar samt 2019 7 kvalitetsgranskningar och 5 uppföljningar. År 2020 planerades 3 kvalitetsgranskningar av SÄBO som inte följdes upp 2019. Dessutom planerades uppföljningar av SÄBO av enheter som varnades utifrån identifierade bristområden och av 3 SÄBO som utifrån hälso- och sjukvårdsperspektivet.

---

<sup>3</sup> Uppföljningsplanerna 2018-2020 upprättades gemensamt av äldrehetens MAS och kvalitetsutvecklare.

Från pandemins start mars 2020 till december 2020 gjordes inga kvalitetsgranskningar, eftersom hantering av pandemin i stort sett har upptagit hela arbetstiden för MAS. MAS har under pandemin haft en tät kontakt med anordnarna av SÄBO bl.a. genom veckovisa avstämningar.

### 6.1.2 Rutin för kvalitetsgranskning

En rutin för kvalitetsgranskning har tagits fram inom sociala kvalitetsenheten. Rutinen avser kvalitetsgranskning och är gemensam för kvalitetsgranskning med utgångspunkt både från socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Rutinen beskriver bl.a. vilka moment som ingår i förberedelse och besök i verksamheten. Under besöket i verksamheten sker samtal med ledningen, intervjuer med personal och brukare, granskning av dokument och observation. Vidare handlar rutinen om återkoppling, analys och bedömning samt åtgärder och uppföljning av genomförd granskning. Resultatet av granskningen redovisas i en granskningsrapport som rapporteras till nämnden i form av anmälningsärende.

MAS har tagit fram ett dokument specifikt för granskning av hälso- och sjukvård på SÄBO. Av dokumentet framgår från vilka källor information inhämtas vid besöket, t.ex. anmälningar om allvarliga vårdskador, kvalitetsregister, öppna jämförelser, hygienprotokoll och extern kvalitetskontroll av läkemedelshantering och egenkontroller. Hos anordnaren granskas bl.a. läkemedelsförvaring, delegeringsbeslut, vårdhygien, dokumentation och kontroll av angivna rutiner. Dokumentet redovisar också frågeställningar som tas upp vid intervju.

### 6.1.3 Kvalitetsplan 2021

Äldrenämnden beslutar årligen om en kvalitetsplan. I kvalitetsplanen ingår de brister i kvalitet och effektivitet som i riskanalysen har bedömts vara signifikanta eller kritiska. Riskbedömningen utgår från resultat i kvalitetsberättelsen för 2020 samt andra uppmärksammade nytillkomna risker. Kvalitetsplanen beskriver de åtgärder/förbättringar som planeras inom verksamheten. I kvalitetsplanen för 2021 har identifierats prioriterade områden såsom helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, tillgänglighet och effektivitet. Sammanlagt finns sju risker redovisade tillsammans med åtgärder och förbättringar som planeras i verksamheten. När det gäller risken att dö ensam har alla SÄBO analyserat sina resultat och utifrån bristerna upprättat åtgärdsplaner. Bristerna kommer att följas upp under året och palliativa ombudsutbildningar planeras. En annan risk utgörs att kundernas behov inte kan tillgodoses beroende på kunskapsbrist och bristande språkkunskaper. Åtgärder som lyfts fram är att utreda och ta fram konkreta förslag på satsning kring bristande språkkunskap, motivera och erbjuda ekonomisk kompensation till personal som vill utbilda sig till undersköterska, specialistsjuksköterska eller SFI. Ytterligare en åtgärd som planeras avser uppföljning av följsamheten av basala hygienrutiner inom SÄBO. En särskild uppföljning av läkemedelsanvändningen kommer att genomföras under året. Anordnarna inom särskilt boende ska särskilt följas upp med fokus på mat och måltider.

### 6.1.4 Internkontrollplan 2021

Internkontrollplanen som fastställts av nämnden redovisar inte risker avseende hälso- och sjukvården på SÄBO.

## 6.2 Bedömning

Av riktlinjen framgår att uppföljning av utförare (anordnare) har till syfte att följa upp att utförandet av tjänsten uppfyller de kvalitetskrav som finns och att kontrollera att verksamhet bedrivs korrekt enligt avtal och villkor för kundvalet. Vi tolkar att uppföljningen av kvalitetskraven har ett vidare perspektiv jämfört med kontrollen av efterlevnaden av auktorisationsvillkoren. För äldreomsorg och hälso- och sjukvård anges kvalitetskraven i lagar och i övriga relevanta författningar. Vår bedömning är att riktlinjen inte på ett tydligt sätt klargör skillnaden mellan uppföljning av kvalitet och kontroll av villkorsefterlevnad. Under rubriken socialtjänstens granskning av kvalitet anges de olika formerna av granskningar som kan bli aktuella. Enligt riktlinjen genomförs kvalitetsgranskningar systematiskt enligt årsplan och fastställda rutiner. Riktlinjen anger vilka områden som ingår och för vilka en checklista med frågor ska användas. I riktlinjen klargörs inte ett tydligt samband mellan auktorisationsvillkoren och hur de ska följas upp. Vi anser att det är en brist med tanke på att det i auktorisationsvillkoren anges vilka villkor som ska kontrolleras genom uppföljning men inte hur och när uppföljningen

ska göras. Enligt det nya reglementet för kundval som fullmäktige beslutade om i april 2021 ska nämnden besluta om en modell för uppföljning av anordnare utifrån de generella och specifika auktorisationsvillkoren. I det nya reglementet är det inte angivet per generellt villkor hur det ska kontrolleras. Vår uppfattning är att det finns starka motiv som talar för att äldrenämnden behöver göra en översyn och revidering av nuvarande riktlinje för granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet.

Nämndens riktlinje anger ingen ambitionsnivå vad gäller omfattningen på kvalitetsgranskningar. Tidigare har intentionen varit att en kvalitetsgranskning av anordnarna ska göras vartannat år med uppföljning året därefter, vilket också framgår av uppföljningsplanerna för 2018 och 2019. Under senare år har dock inte kvalitetsgranskningar gjorts i den omfattningen bl.a. med hänvisning till att anordnarna har förbättrat sin processkvalitet men också att tematiska och påkallade granskningar har ansetts mer givande och resurseffektiva. Någon temagranskning har dock inte hittills gjorts under perioden 2018-2021 men tre planeras att göras senare under hösten 2021. Den pågående pandemin har också påverkat förutsättningen att göra kvalitetsgranskningar. Med all respekt för vilken inverkan som pandemin har haft så är frågan om nämnden borde ha övervägt att tillfälligt ta in extra kompetens för att tillföra resurser i syfte att möjliggöra kvalitetsgranskningar. Enligt riktlinjen ska en årlig uppföljning av hälso- och sjukvård göras samtidigt som den hänvisar till vad "tillsynen" ska baseras på. Det ges ingen vägledning i riktlinjen om hälso- och sjukvårdsuppföljning och tillsyn är två olika former av uppföljning/granskning eller om tillsyn är detsamma som hälso- och sjukvårdsuppföljning.

Vår bedömning är att regelbundna uppföljningar av anordnarna måste göras utifrån auktorisationsvillkoren. Vad som ska följas upp och hur samt med vilken frekvens behöver då klaras ut. Vår uppfattning är att det givetvis är väsentligt att göra tematiska granskningar och påkallade granskningar på förekommen anledning. Uppföljningar och granskningar i förhållande de auktorisationsvillkor som avser krav på struktur<sup>4</sup> och processkvalitet<sup>5</sup> måste dock enligt vår bedömning följas upp regelbundet. Det finns med stor sannolikhet ett samband mellan struktur-, process- och resultat kvalitet, i form av att hög kvalitet avseende struktur och process kan bidra till hög resultat kvalitet och minska förekomsten av avvikelser. Med tanke på att ställda krav i auktorisationsvillkoren i huvudsak kontrolleras via uppföljning är det vår bedömning att det är väsentligt att sådana uppföljningar görs i tillräcklig omfattning. Förhoppningsvis är de också av förebyggande karaktär och kan bidra till att minska förekomsten av kvalitetsbrister i verksamheten.

Vi anser det som positivt att riskanalyser är en utgångspunkt då uppföljningar planeras och vid upprättandet av nämndens kvalitetsplan.

Det reviderade reglementet för kundval ålägger nämnderna att årligen rapportera sin uppföljningsplan till kommunstyrelsen. Enligt vår tolkning innebär det att äldrenämnden årligen behöver besluta om en uppföljningsplan till skillnad från nu då uppföljningsplanen beslutas av tjänsteperson. Vår bedömning är att med hänvisning till nämndens ansvar att en plan för uppföljning av hälso- och sjukvård som utförs av anordnare är en fråga av vikt som ska beslutas av nämnden. Det är i sammanhanget väsentligt att nämnden utifrån sin ambitionsnivå när det gäller uppföljning säkerställer att det finns tillräcklig kompetens och kapacitet att genomföra uppföljningarna.

Ett konstaterande är att pandemin och då framförallt inledningsvis och fortsatt under 2020 haft en stor inverkan på äldreomsorgens medicinskt ansvariga sjuksköterskas arbetsuppgifter, vilket har påverkat förutsättningarna att genomföra kvalitetsgranskningar.

---

<sup>4</sup> Strukturkvalitet avser resursernas egenskaper t.ex. personalens storlek, sammansättning, utbildningsnivå och lokalstandard, m.m.

<sup>5</sup> Processkvalitet är den kvalitet med vilken processen genomförs och som de producerade tjänsterna har.



## 6.3 Redovisning av uppföljning

### 6.3.1 Årsrapport

I årsrapport 2020 redovisas årets utfall för nämndens målsatta indikatorer. Av dessa är det två som är relaterade till hälso- och sjukvård, andel personer som inom SÄBO får god vård i livets slutskede och andel personer 75 år eller äldre med fler än 10 läkemedel.

En kommentar i årsrapporten som gäller andel personer som får god vård i livets slutskede där målvärdet är satt till 90 procent med ett utfall på 77 procent, är att verksamheterna kommer att analysera resultaten i deras patientsäkerhetsberättelse och att en palliativ ombudsutbildning för omsorgspersonal påbörjades under hösten 2020. Den planerade utbildningsinsatsen för sjuksköterskor och läkare har p.g.a. pandemin inte kunnat genomföras.

Beträffande andelen som behandlas med mer än 10 läkemedel så kan inte utfallet redovisas i årsrapporten med hänvisning till att Socialstyrelsen rapporterar 2020 års resultat först i mars 2021.

### 6.3.2 Kvalitetsberättelse

Kvalitetsberättelsen redogör för det kvalitetsarbete som bedrivits inom nämndens ansvarsområde under året. Kvalitetsberättelsen kompletterar uppföljningen av mål och budget samt internkontrollplaner. I kvalitetsberättelsen redovisas de underlag som legat till grund för analysen, t.ex. enkäter/kundundersökningar, uppföljning av insatser, nationella undersökningar, insatsutbud, uppföljning och granskning, granskningar och kartläggningar, avvikelser, annan tillsyn och personal och kompetensutveckling. Analysen av verksamhetens kvalitet är strukturerad efter Socialstyrelsens kvalitetskriterier: Självbestämmande och integritet, helhetssyn och samordning, trygghet och säkerhet, kunskapsbaserad verksamhet, tillgänglighet och effektivitet.

I huvudsak redovisas nedan från kvalitetsberättelsen åtgärder och resultat som avser hälso- och sjukvård.

För att minska risken för smittspridning i samband med pandemin genomfördes från och med maj månad en enkät där anordnarna inom hemtjänst och särskilt boende varje vecka svarade på antal smittade kunder, behov av skyddsutrustning och personalläget i verksamheten. Utöver enkäten har täta digitala möten med anordnarna genomförts. Under 2019 identifierades vård i livets slutskede som en risk och har under 2020 varit ett fokusområde. Resultat som framgår är att symtomlindring under den sista tiden i livet förbättrades från 89 procent (år 2019) till 93 procent (år 2020). Ingen av de som avled med covid-19 på SÄBO hade andnöd som inte har kunnat lindras. Andel boende som varit ensamma vid dödsögonblicket på SÄBO ökade från 22 procent år 2019 till 35 procent år 2020. Läkemedelsanvändningen ökade på SÄBO under 2020 jämfört med 2019. Läkemedelsanvändningen har inte följts upp i enlighet med kvalitetsplanen utifrån att resurser har behövt prioriterats om i samband med pandemin. Registrering av symtom och upprättande av bemötandeplaner i BPSD-registret har fortsatt öka under 2020 i jämförelse med åren innan.

Andel fallolyckor för personer över 65 år minskade något från 4 333 (år 2019) fall till 4 311 fall (år 2020). På särskilda boenden för äldre minskade antalet fall från 1 865 (år 2019) till 1 705 (år 2020). 42 av dessa fall ledde till fraktur, vilket var en minskning med 10 frakturer från 2019.

I kvalitetsberättelsen refereras till den årliga enkäten och att anordnarna bedömer att kvaliteten i deras verksamheter sammantaget är god och att de uppfyller avtalsvillkoren. I enkäten framkom att 5 av 14 SÄBO uppgav att de inte nådde utbildningskraven i auktorisationsvillkoren. Resultaten avses att följas upp i kvalitetsplanen.

Under 2020 har kvalitetsgranskningar och uppföljningar inte skett i samma utsträckning med anledning av prioriteringar utifrån utredningsarbetet kopplat till projektet Hemtjänst 2.0 samt pandemin. Två uppföljningar och två påkallade granskningar av anordnare inom SÄBO har dock gjorts under året. De påkallade granskningarna resulterade för den ena utföraren i en varning samt upprättande av åtgärdsplan, och för den andra utföraren utfärdades ingen sanktion men åtgärdsplan begärdes.

Under 2021 registrerade äldreenheten och följde upp totalt 14 synpunkter och klagomål på anordnare av SÄBO. Klagomålen/synpunkterna handlade bl.a. personalens kunskaper i basal handhygien och svenska språket, bemötande, bristande omvårdnad, personalens användning av skyddsutrustning och fusk och oegentligheter (avser samtliga klagomål/synpunkter inklusive de 41 inom hemtjänst). På ett särskilt boende för äldre inträffade en allvarlig vårdskada (lex Maria) vilket rapporterats till Inspektionen för vård och omsorg.

I analysen av verksamhetens kvalitet redovisas ett antal risker och åtgärder som vidtagits. Inom området trygghet och säkerhet tas riskerna för fallolyckor och frakturer (gäller verksamheten i sin helhet) samt användningen av läkemedel inom SÄBO upp. I det första fallet har en minskning av fallolyckorna noterats 2020 och i det andra fallet beträffande läkemedelsanvändning har en ökning noterats.

Inom området kunskapsbaserad verksamhet har risken att kunderna inte får rätt stöd och omvårdnad identifierats utifrån att personalen saknar viss grundläggande kunskap. Äldreenheten har arbetat med att minska riskerna genom att tillse att fler läser till undersköterskor, erbjudit utbildning i basal hygien och erbjudit palliativa ombudsutbildningar. En slutsats i kvalitetsberättelsen är att äldreenheten behöver arbeta vidare med anordnarna för att skapa bästa möjliga utveckling för alla. Detta görs genom att fokusera på utbildning i bl.a.; svenska språket, basala handhygienrutiner och suicidprevention.

### 6.3.3 Patientsäkerhetsberättelser

Enligt auktorisationsvillkoren så ska anordnarna årligen till äldreenhetens MAS skicka in patientsäkerhetsberättelsen. Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå; hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och vilka resultat som har uppnåtts.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att patientsäkerhetsberättelsen, utöver vad som anges i PSL, ska innehålla uppgifter om:

- ▶ Hur ansvaret för patientsäkerhetsarbetet enligt 3 kap. 9 § PSL varit fördelat.
- ▶ Hur patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9 har följts upp och utvärderats.
- ▶ Hur samverkan enligt 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9 har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.
- ▶ Hur risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap. SOSFS 2011:9.
- ▶ Hur inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9 som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats.
- ▶ Hur arbetet med informations säkerhet har bedrivits.

Till stöd för upprättandet av patientsäkerhetsberättelse har SKR tagit fram en mall med en rubrikstruktur.

Äldreenhetens MAS tar del av anordnarnas patientsäkerhetsberättelser efter det att de har överlämnats. MAS erfarenhet av patientsäkerhetsberättelserna är att tidigare har det förekommit att anordnare inte har skrivit in verksamhetens verkliga resultat i patientsäkerhetsberättelsen, utan beskrivit hur de bör arbeta med patientsäkerheten. MAS har då lämnat synpunkter om detta till berörda anordnare. Uppfattningen nu från MAS är att patientsäkerhetsberättelserna under de senaste tre åren har varit av god kvalitet. Enligt MAS tas de utvecklingsområden som de själva beskriver i sin patientsäkerhetsberättelse upp vid granskningar/uppföljningar eller annan kontakt.

Det har inte framgått att det görs en sammanställning och analys av patientsäkerhetsberättelserna eller att de görs tillgängliga för äldrenämnden.



### 6.3.4 Uppföljningsenkät 2020

I granskningen har vi tagit del av enkäten från 2020 avseende i huvudsak de frågor som rör hälso- och sjukvård. Enkäten omfattar perioden 1 januari till 31 oktober 2020. Exempel på frågeställningar utgörs av antalet synpunkter/klagomål, vad synpunkterna handlat om (fritext), antalet årsarbetare (som sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut), antal sjuksköterskor med specialistutbildning, antal läkemedelsavvikelser och konsekvenser av dessa, antal fallolyckor och konsekvenser av dessa, antal avvikelser (avseende medicinskt teknisk utrustning, vårdkedjeproblematik i egen organisation respektive extern vårdkedja) och läkemedel (mer än 10 läkemedel, 3 eller fler psykofarmaka och för äldre olämpliga läkemedel). Slutligen fanns en fråga om respektive enhet hade tillräcklig kompetens av ta hand om de som drabbats av covid-19. Samtliga svarade ja på den frågan.

Tabell 2 Antal platser och sjuksköterskebemanning

Anordnare	Platser	Från Nacka	Demensplatser	SSK, åab	Boende per SSK	Antal spec komp
Attendo Kungshamn	59	22	59	3,5	16,9	1
Ersta Sarahemmet	54	39	36	3,0	18,0	1
Gammeluddshemmet	27	14	9	2,3	11,7	1
Lillängen	45	31	27	2,5	18,1	1
NCS Sjöträppan	57	54	35	3,5	16,3	0
NSC Ektorp	118	110	22	4,6	25,7	2
NSC Sofiero	42	41	11	1,9	22,1	0
NSC Talliden	47	47	27	3,0	15,7	1
Saltsjöbadens sjukhus	68	66	32	6,8	10,0	1
Silver Life Graninge Strand	54	21	27	3,6	12,9	0
Stiftelsen Danviks hospital	209	108	117	11,6	17,0	1
Vardaga villa Båthöjden	56	47	46	3,0	18,7	0
Villa Sarvträsk	36	33	18	1,8	20,0	0
Villa Tollare	72	47	36	4,0	18,0	2
<b>Totalt</b>	<b>944</b>	<b>680</b>	<b>502</b>	<b>54,7</b>	<b>16,8</b>	<b>11</b>

Av ovanstående tabell framgår antalet boendeplatser totalt och fördelat på boende från Nacka kommun samt antalet demensplatser. Av antalet boendeplatser var 72 procent belagda med personer från Nacka kommun. Antalet sjuksköterskor visar bemanningen i årsarbetare den 1 oktober 2020. Antalet boende per årsarbetare sjuksköterska varierade då mellan 10 och 25,7 med ett genomsnitt på 17,2. Uttryckt som andel SSK/boende så ligger variationen mellan enheterna i intervallet 0,1 - 0,04 och genomsnittet låg på 0,06 SSK/boende. Antalet sjuksköterskor med specialistutbildning var totalt 11. Fem av anordnarna hade ingen sjuksköterska med specialistutbildning. Totalt fanns samtidigt 16,9 fysioterapeuter och 12,9 arbetsterapeuter. Andelen boende per respektive tjänst visade på en stor variation mellan anordnarna.

Tabell 3 - Synpunkter/klagomål, avvikelser och läkemedel, antal

Anordnare	Synpunkter/klagomål	Läkemedelsavvikelser	Fallo-lyckor	Avvikelser MTU	>10 Lä-kemedel	≥3 psyko-farmaka
Attendo Kungshamn	10	49	64	8	24	11
Ersta Sarahemmet	5	94	20	1	20	0
Gammeluddshemmet	2	46	34	0	9	2
Lillängen	7	21	45	35	11	23
NCS Sjöträppan	42	112	146	7	36	16
NSC Ektorp	65	66	284	9	62	25
NSC Sofiero	15	44	157	20	14	0
NSC Talliden	29	62	79	1	20	1
Saltsjöbadens sjukhus	67	117	147	5	31	0
Silver Life Graninge Strand	6	31	51	0	15	13
Stiftelsen Danviks hospital	11	515	341	13	118	30
Vardaga villa Båthöjden	20	138	115	0	22	14

Anordnare	Synpunkter/ klagomål	Läkeme- delsavvi- kelser	Fallo- lyckor	Avvikel- ser MTU	>10 Lä- kemedel	≥3 psyko- farmaka
Villa Sarvträsk	5	25	32	1	12	6
Villa Tollare	12	72	190	0	42	30
<b>Totalt</b>	<b>296</b>	<b>1 392</b>	<b>1 705</b>	<b>100</b>	<b>436</b>	<b>171</b>

De uppgifter som redovisas i tabell 3 över antalet avser samtliga boende, alltså inte enbart Nackabor. Antalet synpunkter/klagomål per boende visar på förhållandevis stora skillnader mellan anordnarna när antalet relateras till antalet boendeplatser, från 0,05 till 1. Respektive anordnare har i fritext angett vad klagomålen främst har handlat om. Det är svårt att göra en rättvisande analys av vad som då har angivits. Det förefaller dock utifrån vad som redovisats att synpunkterna/klagomålen i begränsad utsträckning har avsett hälso- och sjukvårdsinsatser. Även när det gäller läkemedelsavvikelser och fallolyckor framgår relativt stora skillnader mellan enheterna i förhållande till boendeplatser. Läkemedelsavvikelserna varierar i intervallet mellan 0,47 till 2,46 avvikelser per boendeplats och fallolyckor mellan 0,37 och 2,64 per boendeplats. Av fallolyckorna medförde ca 2,7 procent frakturer och vid ca 3,6 procent av olyckorna krävdes sjukhusvård. Nästan hälften (47 procent) av de boende hos anordnarna stod på 10 läkemedel eller fler. Variationen mellan enheterna låg i intervallet 24 till 63 procent. Av de boende så var det 18 procent i genomsnitt som stod på 3 eller fler psykofarmaka och variationen mellan enheterna låg i intervallet 0 till 51 procent.

### 6.3.5 Kvalitetsgranskning och påkallade granskningar

Enligt vad som tidigare framgått gjordes ingen kvalitetsgranskning 2020 samtidigt som det hittills under 2021 ännu inte har genomförts någon av de planerade kvalitetsgranskningarna. Vi har dock tagit del av kvalitetsgranskning från 2019 och uppföljning av en åtgärdsplan 2021. Granskningar och uppföljningar genomförs av kvalitetsutvecklare och MAS vid äldreheten.

Kvalitetsgranskningar och påkallade granskningar som resulterar i förslag på sanktioner tas upp som ärenden till äldre nämndens sammanträden i övrigt så redovisas granskningar som anmälningsärenden som nämnden tar del av.

Kvalitetsgranskningarna innefattar intervju med ledning, intervju med personal, intervju med kunder och observation. Dessutom ingår granskning av dokumentation enligt SoL och HSL, kvalitetsberättelse, patientsäkerhetsberättelse och statistik från nationella kvalitetsregister.

### 6.3.6 Covid-19 på SÄBO

I mitten av november 2020 lämnade äldrehetens MAS en analysrapport. Rapporten behandlar perioden från mars till slutet av oktober 2020.

I början av pandemin visade sig ett antal utmaningar för SÄBO:

- ▶ Brist på skyddsmaterial.
- ▶ Otillräcklig bemanning av sjuksköterskor.
- ▶ Omsorgspersonalen hade inte tillräckliga kunskaper varken i basala hygienrutiner eller i användning av skyddsutrustning.
- ▶ Svårigheter att isolera kunder med kognitiv svikt och smittsam sjukdom • hantering av informationsflödet.

Under perioden fr.o.m. vecka 12 till och med vecka 43 2020 hade 12 av de 14 särskilda boenden i Nacka boende med covid-19-smitta. Sammanlagt har 20 procent av de boende varit smittade (183 personer) fram till vecka 43. Av dem som har varit smittade har 29 procent (54 personer) avlidit under en aktiv sjukdomsfas, 68 procent har tillfrisknat av sjukdomen (125 personer) och 4 personer med covid-19 har flyttat från särskilda boenden innan de tillfrisknade.

I mitten av mars 2020 inledde äldreheten tillsammans med inköpsenheten ett arbete för att säkerställa tillgången till skyddsutrustning. Nacka kommun beslutade att skyddsutrustning skulle tillhandhållas kostnadsfritt för anordnarna. För att åtgärda brister i personalens kunskaper i basala hygienregler fick sjuksköterskor på boendena utbilda och handleda personalen. Flera av boendena förstärkte sin sjuksköterskebemanning under pandemin genom att sjuksköterskor fanns på plats även på helgerna. En särskild utmaning har varit att kunna isolera boende med covid-19-smitta. Anordnarna hanterade situation med olika anpassningar och med hjälp av extra personal. Äldrehetens MAS har haft utökad skriftlig och muntlig kommunikation med anordnare för att säkerställa att ny informationen och uppdaterade riktlinjer alltid har nått anordnarna. All ny information gällande vården av Covid-patienter under våren 2020 skickades till anordnare av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska.

När det gäller läkarmedverkan under pandemin konstateras i rapporten att äldrehet inte har fått kännedom om några brister i läkarmedverkan eller bedömningar som skulle ha påverkat kundernas vård negativt under pandemin. Ingen av de avlidna med covid-19 på Nackas boenden har haft symptom av andnöd som inte har kunnat lindras. Närstående har haft möjlighet till besök vid livets slut. Boendena har tagit in extra personal som har vakat hos de döende om närstående inte har velat komma.

### 6.3.7 Bedömning

Ett konstaterande tidigare i rapporten är att nämnden i begränsad utsträckning beslutat om indikatorer med målvärden avseende hälso- och sjukvård som särskilt adresserar SÄBO för vilka nämnden är sjukvårdshuvudman. Årsredovisningen i sig ger inte tillräcklig information för att möjliggöra en bedömning av hälso- och sjukvårdens kvalitet inom SÄBO. Detsamma gäller om anordnarnas verksamhet vad avser hälso- och sjukvård har levt upp till ställda krav i auktorisationsvillkoren.

Kvalitetsberättelsen utgör ett komplement till uppföljning av mål och budget samt internkontrollplanen och redogör för kvalitetsarbetet i förhållande till kvalitetsplanen. När det gäller den del i kvalitetsberättelsen som berör hälso- och sjukvården så redovisas förutom det som specifikt gäller pandemin vissa resultat från fokusområdet "vård i livets slutskede", bl.a. noterades förbättringar avseende symptomlindring. Läkeemedelsanvändningen har inte kunnat följas upp i enlighet med kvalitetsplanen. Med utgångspunkt från den årliga enkäten till anordnarna återges uppgifter om antalet fallolyckor, uppfyllelse av utbildningskraven och anordnarnas bedömning av kvaliteten i verksamheten (bedömdes som god). Det som saknas enligt vår bedömning är en sammanställd redovisning och analys av anordnarenkäten. Under 2020 gjordes inga kvalitetsgranskningar men däremot två påkallade granskningar och två uppföljningar. Vidare framgår antalet synpunkter/klagomål som äldreheten registrerat och följt upp inom SÄBO (14 stycken). Vad dessa avsåg redovisas summariskt utan analys. Kvalitetsberättelsen redovisar inte en sammanställd analys eller bedömning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och i vilken grad anordnarna lever upp till ställda villkor.

Anordnarna redovisar varje år patientsäkerhetsberättelsen till äldreheten. Syftet med patientsäkerhetsarbetet är att ytterst förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Av patientsäkerhetsberättelsen ska bland annat framgå hur man har arbetat med patientsäkerhet under året, vilka åtgärder som har vidtagits och vilka resultat som har uppnåtts. Vår bedömning är att patientsäkerhetsberättelsen rätt använd kan ge en bild av respektive anordnares status på patientsäkerhetsarbetet samt visa på inom vilka patientsäkerhetsområden som arbetet kan utvecklas. Bedömningen är att patientsäkerhetsberättelserna, förutom att de utgör ett viktigt underlag vid uppföljning/granskning av anordnare, också är väsentliga för nämnden för att få information om tillståndet i anordnarnas patientsäkerhetsarbete. Vi anser därför att patientsäkerhetsberättelserna ska redovisas till nämnden tillsammans med en samlad analys och slutsatser.

En notering är att det inte redovisas någon uppföljning av hur anordnarna arbetar med att säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen får utbildning, fortbildning och handledning för att vid varje tillfälle vara lämpade att utföra sina arbetsuppgifter.

Årligen svarar anordnarna på en uppföljningsenkät som avser både verksamheten enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. När det gäller hälso- och sjukvård ingår frågor avseende bemanning, avvikelser, fallolyckor, läkemedel m.m. Från enkäten 2020 redovisas i begränsad utsträckning resultatet i kvalitetsberättelsen 2020. Efter att ha tagit del av enkäten 2020 är det uppenbart att bemanningen av sjuksköterskor dagtid varierar stort mellan anordnarna. Huruvida tillgången till sjuksköterskekompetens är tillräcklig eller inte är inte för oss möjlig att bedöma med hänvisning till avsaknaden av kunskap om hur det faktiska vårdbehovet såg ut på respektive enhet samt att erkända bedömningsgrunder saknas. Vi har inte noterat att nämnden återkommande gör bedömningar om anordnarna har en i förhållande till behoven tillräcklig bemanning med hälso- och sjukvårdskompetens. Av sjuksköterskorna var det 11 som då hade specialistkompetens. Uppgift om vilken specialistkompetens framgår inte i enkäten. Även tillgången till fysioterapeuter och arbetsterapeuter visade på relativt stora skillnader mellan enheterna.

När det gäller uppgifter om synpunkter/klagomål, avvikelser, fallolyckor och läkemedelsanvändning så avser de samtliga boende hos anordnarna. Av samtliga boende utgjorde nackbor 72 procent. Läkemedelsavvikelser och fallolyckor visar en stor variation i omfattningen mellan enheterna. Enkäten ger inget svar på orsakerna men redovisar konsekvenser av avvikelserna i form av frakturer, sjukhusvård och läkarkontakter. Enligt vår uppfattning borde enkäten redovisas i sammanställd form tillsammans med analys och slutsatser och rapporteras till äldrenämnden.

Det är enligt vår uppfattning positivt att en analysrapport har tagits fram under pandemin för visa hur verksamheten och de boende har påverkats av covid-19, vilka utmaningar som verksamheten har ställts inför samt vilka slutsatser man kan dra av den första vågen och hur man kan använda sig av erfarenheterna framöver. Enligt analysrapporten har äldreenheten inte fått någon kännedom om brister i läkarmedverkan eller bedömningar som skulle ha påverkat kundernas vård negativt under pandemin.

## 7. Intervjuer på enhetsnivå

### 7.1 Enheter som ingått i granskningen

I granskningen har ingått intervjuer med verksamhetschef och intern MAS vid åtta enheter som representerar sex anordnare. De enheter som omfattats av granskningen är; Attendo Kungshamn, Ersta Sarahemmet, NCS Sjötäppan, NSC Ektorp, NSC Sofiero, Silver Life Graninge Strand, Stiftelsen Danviks hospital och Vardaga Villa Båthöjden.

#### 7.1.1 Boendeplatser och hälso- och sjukvårdspersonal

I nedanstående tabell redovisas uppgifter om antalet boendeplatser och hälso- och sjukvårdspersonal årsarbetare (åab) dagtid under vardagar och helger.

Tabell 4 - Enheter, platser och hälso- och sjukvårdspersonal

Enheter	Platser	Från Nacka	Demensplatser	SSK, åab	Fysioterapeuter, åab	Arbets-terapeuter, åab
Attendo Kungshamn	59	24	59	4,0	0,4	0,4
Ersta Sarahemmet	54	42	36	3,2	0,6	1
NCS Sjötäppan	58	54	45	3,0 <sup>6</sup>	0,5	1
NSC Ektorp	118	116	34	5,8	2	2
NSC Sofiero	42	40	11	3,0	1	1
Silver Life Graninge Strand	54	27	32	3,6	1	0,4
Stiftelsen Danviks hospital	238	118	148	12,85	3	3
Vardaga, villa Båthöjden	56	45	47	3,5	0,6	0,5

<sup>6</sup> På NSC Sjötäppan finns även en tjänst som ambulerande ssk som utgör en resurs för hela Nacka Seniorcenter.

Enheter	Platser	Från Nacka	Demens-platser	SSK, åab	Fysioterapeuter, åab	Arbets-terapeuter, åab
<b>Totalt</b>	<b>679</b>	<b>466</b>	<b>412</b>	<b>39</b>	<b>9,1</b>	<b>9,3</b>

Uppgifterna speglar den aktuella situation under perioden augusti/september 2021. Av tabellen framgår att det finns skillnader mellan enheterna vad gäller bemanning framförallt beträffande arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Antalet boendeplatser per sjuksköterska (ssk) är i genomsnitt 17,4 och varierar mellan enheterna inom intervallet 20,3 till 14. Personal måttet kan också redovisas som sjuksköterskor per boendeplats. Uttryckt på så sätt var det 0,06 sjuksköterska per plats med en variation mellan enheterna låg inom intervallet 0,05 till 0,07 ssk/plats. Som jämförelse kan nämnas att i Kolada så redovisas för Nacka kommun 2020 i genomsnitt 0,05 sjuksköterska per boende jämfört med det ovägda medelvärdet 0,04 ssk/plats för samtliga kommuner. Motsvarande intervall för arbetsterapeuter och fysioterapeuter är 147,5 till 42 boendeplatser per årsarbetare. Det bör dock påpekas att vi inte har information om hur behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser vid det aktuella tillfället såg ut på respektive enhet.

Av intervju har framgått att uppgifterna avser sjukskötersketjänster (åab) dagtid. Ersta Sarahemmet har även sjuksköterska på plats helger mellan kl. 07.00-17.00 och Villa Båthöjden på helger mellan kl. 07.00-16.00. Danvikshem har sjuksköterskor på plats fram till kl. 21.15 och 1,89 åab sjuksköterska natt (kl. 21.15 - 07.00). Endast i ett fall är inte samtliga sjukskötersketjänster besatta med ordinarie personal. Samtliga enheter uppger att alla tjänster som hälso- och sjukvårdspersonal innehas av legitimerad personal.

Beträffande dimensioneringen av hälso- och sjukvårdspersonal i förhållande till de boendes behov av hälso- och sjukvårdsinsatser framgår att enheterna gör sådana bedömningar men på olika mer eller mindre systematiska sätt. En faktor som har betydelse för bemanning är checknivåernas ersättningsbelopp. Beroende på hur checknivåerna har konstruerats med poängberäknade vårdbehov i intervaller innebär det inte automatiskt att ett ökat behov av hälso- och sjukvårdsinsats också medför en höjd checknivå och därmed ett ökat checkbelopp<sup>7</sup>.

Anordnarna ansvarar för hälso- och sjukvårdspersonalens kompetensutveckling. Av intervjuer framkommer att kompetensutvecklingsbehov bl.a. identifieras genom egenkontroll, avvikelser, interna MAS-granskningar m.m. Flera av enheterna använder sig av kompetensutvecklingsplaner. Det har framgått i granskningen att nämnden inte i särskild ordning följer upp anordnarnas arbete med hälso- och sjukvårdspersonalens kompetensutveckling.

## 7.1.2 Övrigt

I huvudsak anser de intervjuade representanterna för anordnarna att auktorisationsvillkoren avseende hälso- och sjukvård är relevanta och tillräckliga. Exempel på synpunkter som framkom var att villkoren inte är så tydligt specificerade och att kravet på när sjuksköterska ska finnas på plats är för lågt. Någon gjorde en jämförelse med Stockholms stad vars krav uppfattades som mer detaljerade. Ett flertal av enheterna har utöver Nacka kommun även avtal med andra kommuner.

När det gäller hur enheterna går tillväga för att säkerställa god vård och patientsäkerhet framhåller samtliga att tillämpningen av respektive enhets ledningssystem utgör en väsentlig förutsättning. I ledningssystemen ingår bl.a. de rutiner och checklistor som anses nödvändiga för att säkra verksamhetens kvalitet. Viktiga komponenter i ledningssystemet som lyfts fram är egenkontroll och hantering av avvikelser. Ytterligare exempel på inslag i arbetet för att säkerställa kvaliteten som nämns i intervjuerna är; dokumentationsgranskningar, intern MAS-granskning, läkemedelsgenomgångar, PPM-mätningar (följsamhet till basala hygienrutiner), kvalitetsregister m.m. Samtliga enheter har rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål. I de flesta fall är de digitala.

<sup>7</sup> T.ex. checknivå 4 avser vårdbehov inom intervallet 16-20 poäng. Om en person med vårdbehov motsvarande 16 poäng, varav behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser har bedömts till 1 poäng, får ett ökat behov motsvarande 4 poäng (allt annat oförändrat), blir summa vårdbehov 19 poäng vilket inte leder till höjd checknivå.

De internt medicinskt ansvariga sjuksköterskorna tar fram/reviderar, enligt vad som har framgått av intervju, riktlinjer inom de områden som ingår i MAS ansvar enligt hälso- och sjukvårdsförordningen. Dessa ligger sedan som underlag för lokala (enhetsspecifika) rutiner. Samtliga medicinskt ansvariga sjuksköterskor anger att de i olika avseende deltar i uppföljning och/eller tillsyn av enheternas hälso- och sjukvård. Exempel som redovisas är granskning av dokumentation, tillsyn med protokoll, möten med enhetens sjuksköterskor, ta del av egenkontroll och avvikelser, m.m. Hur MAS-funktionen är organiserad kan skilja sig åt mellan enheterna. I ett fall hyrs MAS-funktionen in.

Den samlade bilden av hur de som intervjuats upplever samverkan med läkarorganisationen är att läkartillgängligheten uppfattats i huvudsak som tillräcklig. Läkarorganisationen anses i stort leva upp till vad som är reglerat i samverkansavtalen.

Samtliga intervjuade uppger att de ser positivt på den uppföljning som äldrenämnden gör av verksamheten via äldreenhetens MAS. Intervjuade som hade erfarenhet av kvalitetsgranskningar på plats upplevde att de var konstruktiva i den meningen de ger till att förbättra verksamheten. Samtliga menar också att dialogen med nämnden via äldreenhetens MAS har fungerat väl.

## 7.2 Bedömning

I granskningen har inte ingått att bedöma enheternas kvalitet vad gäller hälso- och sjukvården eller om patientsäkerheten är tillräcklig. Vi kan konstatera att enheterna har hälso- och sjukvårdspersonal som villkoren kräver inklusive s.k. intern MAS och tillgång till ledningssystem som i sin tur innehåller bl.a. rutiner för hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål. Samtliga enheter utövar egenkontroll inom ramen för sina ledningssystem. Granskningen har inte haft som uppgift att verifiera om tillgången till kompetens är tillräcklig i förhållande till behoven av hälso- och sjukvårdsinsatser eller om ledningssystemen inklusive riktlinjer och rutiner är ändamålsenliga samt tillämpas.

En grundförutsättning för att kunna bedriva en god och säker hälso- och sjukvård är att det i tillräcklig utsträckning finns tillgång till personal med den kompetens som krävs tillsammans med att processer, rutiner och arbetssätt som ska säkerställa en god vård har definierats, dokumenterats och att de tillämpas. Inträffar avvikelser ska de registreras, analyseras och åtgärder vidtas för att förhindra att de inträffar på nytt. Enligt vår uppfattning är det med anledning ovanstående av största betydelse att den nämnd som fullgör ansvaret som huvudman också har en återkommande tillräcklig uppföljning och granskning av enheterna som på nämndens uppdrag utför hälso- och sjukvårdsinsatser. Med stöd av uppföljning och granskning behöver nämnden kontrollera om anordnarna i praktiken lever upp till de krav som följer av auktorisationsvillkoren.

## 8. Svar på revisionsfrågor

Delfråga	Svar
<p>1. Har nämnden en ändamålsenlig styrning av äldreomsorgen som säkerställer en god medicinsk kompetens och patientsäkerhet?</p> <p>1.1. Finns tydliga riktlinjer och rutiner för den medicinska kompetensen och patientsäkerheten?</p>	<p>Nämnden styr i huvudsak genom auktorisationsvillkorens specifika villkor och kontrollerar efterlevnaden genom uppföljning och granskning. Slutsatsen i granskningen är att uppföljningen inte genomförs på ett tillräckligt systematiskt sätt och att den data som tas fram i uppföljningen inte sammanställs så att det är möjligt att göra en välgrundad bedömning av kvalitet och patientsäkerhet.</p> <p>Nämnden har inte fastställt riktlinjer eller rutiner för den medicinska kompetensen och patientsäkerheten. Kraven i dessa avseende framgår av författningar medan riktlinjer och rutiner tas fram av respektive anordnare (vårdgivare).</p>



Delfråga	Svar
<p>2. Har nämnden säkerställt en organisation med tillräcklig medicinsk kompetens för att tillse en god kvalitet och patientsäkerhet?</p> <p>2.1. Genomförs systematiska analyser: och uppföljning av tillgången till medicinsk personal i förhållande till de äldres olika behov?</p> <p>2.2. Vilka kvalitetskrav avseende medicinsk kompetens ställs i avtalen med utförarna? Och sker uppföljning av att kraven tillgodoses?</p>	<p>Nämnden har ställt krav i auktorisationsvillkoren på vilken medicinsk kompetens som anordnare av SÄBO ska ha. Kraven är enligt vår uppfattning inte tydligt specificerade och dimensionerande.</p> <p>Nämnden gör inte sådana systematiska analyser. Förhållandet mellan tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal och de aktuella behoven av hälso- och sjukvårdsinsatser belyses i samband med kvalitetsgranskningar.</p> <p>I huvudsak avser kraven att hälso- och sjukvårdspersonal ska vara legitimerade och att minst 90 procent av omsorgspersonalen ska ha relevant utbildning. Anordnaren ska ha egen medicinskt ansvarig sjuksköterska. All personal ska ha goda kunskaper om vård i livets slutskede.</p>
<p>3. Hur säkras kvalitet vid personalomsättning, både vad gäller medarbetare och chefer?</p>	<p>När det gäller kvaliteten i samband med personalomsättning avseende hälso- och sjukvårdspersonal så är det upp till respektive anordnare att säkerställa den.</p>
<p>4. Har kommunen en adekvat samverkan med regionen rörande läkarresurser och annan medicinsk kompetens?</p>	<p>Det finns i första hand en länsöverenskommelse avseende läkarorganisation/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdsorganisation/personal i särskilt boende för äldre. Respektive anordnare har i sin tur lokala samverkansöverenskommelser med läkarorganisation. Äldreenhetens MAS har regelbundna möten med läkarorganisationen. Social och äldredirektör ingår i samverkan med Regionen samt i nätverk inom Storstockholm där samverkan med regionen utgör en viktig del.</p>
<p>5. Har nämnden säkerställt en ändamålsenlig uppföljning och kontroll för att säkerställa en god medicinsk kompetens och patientsäkerhet, t.ex. vid avvikelsesrapportering?</p>	<p>Bedömningen är att uppföljningen inte är tillräckligt ändamålsenlig. Det görs uppföljningar och tillsyn men att det under senare år har skett en minskning av omfattningen av kvalitetsgranskningar. Särskilda förutsättningar har dock gällt under pandemin som medfört att kvalitetsgranskningar på plats hos anordnarna inte har kunnat genomföras. Nämnden har dock inte klargjort en ambitionsnivå vad gäller i vilken omfattning kvalitetsgranskningar av anordnarna ska genomföras. Enligt vår åsikt ger uppföljningen inte en tydligt samlad bild av anordnarnas villkorsefterlevand eller av hälso- och sjukvårdens kvalitet.</p>
<p>6. Finns entydiga kriterier för i vilka fall läkare skall infinna sig personligen vid boendet för bedömning av vårdbehov för den äldre som insjuknat eller skadats?</p> <p>6.1. I vilken utsträckning tillämpas kriterierna?</p>	<p>Nej, sådana kriterier finns inte.</p>

Stockholm den 16 november 2021

Gunnar Uhlin  
EY

## Bilaga 1 - Övergripande mål, fokusområden och indikatorer

### ÄLDRENÄMNDEN

ÖVERGRIPANDE MÅL	FOKUSOMRÅDE	INDIKATORER	UTFALL 2019	UTFALL T2 2020	MÅL 2021	MÅL 2022	MÅL 2023
<b>MAXIMALT VÄRDE FÖR SKATTEPENGARNA</b>	Äldreomsorgen utvecklas utifrån Nacka-bornas behov. Insatser som erbjuds håller en hög kvalitet. Medborgarnas krav på hög tillgänglighet och flexibilitet tillgodoses med varierade och effektiva arbetssätt som anpassas efter individens förutsättningar och behov.	Antal kunder som använder välfärdsteknologi inom hemtjänsten.	50	85	130	160	190
		Nackas äldreomsorg är bland de 10 procent bästa kommunerna i landet avseende kvalitet och effektivitet.	38	-	30	25	20
		Andel kunder som sammantaget är nöjda med sin hemtjänst.	85%	-	82%	84%	86%
		Andel kunder som sammantaget är nöjda med sitt äldreboende.	86%	-	86%	86%	86%
		Andel personer 75 år eller äldre som behandlas med fler än 10 mediciner.	25%	-	22%	21%	20%
<b>BÄSTA UTVECKLING FÖR ALLA</b>	Seniorer känner sig trygga och är delaktiga i hur omsorgen utformas. Individens behov är i centrum för utformandet av stödet och samordnas utifrån individens förutsättningar. Psykisk ohälsa och ofrivillig ensamhet motverkas genom förebyggande arbete. Anhöriga och närstående erbjuds stöd och hjälp.	Andel kunder som upplever att de kan påverka hur hjälpen genomförs i hemtjänst.	88%	-	90%	90%	90%
		Andel kunder som upplever att de kan påverka hur hjälpen genomförs i särskilt boende.	82%	-	80%	80%	80%
		Antal unika medarbetare inom hemtjänsten som besöker den enskilde under en period om 14 dagar.	11,2	11,1	9,5	9,5	9,5
		Anhörigstöd - antal kontakter.	1 153	1 020	1 600	1 650	1 700
		Andel personer med insatser från hemtjänst som besvaras av ensamhet.	11%	-	11%	10%	10%
		Andel personer med plats på särskilt boende som besvaras av ensamhet.	17%	-	16%	15%	14%
		<b>ATTRAKTIV LIVSMILJÖ I HELA NACKA</b>	Nacka är en äldrevänlig kommun som ger goda förutsättningar för hälsosamt åldrande och som möjliggör valbefinnande hela livet. Seniorer har möjlighet att välja mellan attraktiva särskilda boenden. Det finns lättillgängliga dagverksamheter och mötesplatser som stimulerar till god fysisk, psykisk och social hälsa.	Andel kunder i särskilt boende som uppger att de är nöjda med de sociala aktiviteter som erbjuds.	71%	-	72%
Antal verkställda beslut i dagverksamhet.	115			108	130	140	150
Antal besök i träffpunkter och mötesplats.	13 621			-	-	-	-
Andel verksamheter som arbetar med sin miljöpåverkan.	-			-	-	-	-
Andel kunder inom hemtjänst som upplever ett gott hälsotillstånd.	30%			-	32%	34%	35%
<b>STARK OCH BALANSERAD TILLVÄXT</b>	Välståndet för Nackas seniorer utvecklas i nära samarbete mellan kunder, anordnare, hälso- och sjukvård samt civilsamhället. Tillsammans utvecklar vi effektiva arbetssätt för att mota det ökade antalet seniorers behov.	Andel personer som har fallskador bland personer 80+ per tusen invånare.	-	-	75	67	61
		Andel personer som beviljats särskilt boende och får plats inom 90 dagar.	100%	100%	100%	100%	100%



## Bilaga 2: Källförteckning

### Intervjuade funktioner:

- ▶ Ordförande, äldrenämnden.
- ▶ 1:e vice ordförande, äldrenämnden.
- ▶ 2:e vice ordförande
- ▶ Chef äldreheten.
- ▶ MAS äldreheten.
- ▶ Verksamhetschef, Nacka seniorcenter Ektorp.
- ▶ Verksamhetschef, Nacka seniorcenter Sjöträpan.
- ▶ Verksamhetschef, VC Nacka seniorcenter Sofiero.
- ▶ MAS, Ektorp, Sjöträpan och Sofiero.
- ▶ Verksamhetschef, Attendo Kungshamn.
- ▶ MAS, Attendo Kungshamn.
- ▶ Verksamhetschef, Vardaga Villa Båthöjden.
- ▶ MAS, Vardaga Villa Båthöjden
- ▶ Verksamhetschef, Silver Life Graningestränd.
- ▶ MAS, Silver Life Graningestränd.
- ▶ Verksamhetschef, Ersta Diakoni Sarahemmet.
- ▶ MAS, Ersta Diakoni Sarahemmet.
- ▶ Verksamhetschef, Danvikshem.
- ▶ MAS, Danvikshem.

### Dokument:

- ▶ Äldrenämndens och kommunstyrelsens reglementen.
- ▶ Reglemente för kundval 2014 och 2021.
- ▶ Auktorisationsvillkor anordnare av särskilt boende för äldre, ÄLN 2019/58
- ▶ Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre.
- ▶ Lokal samverkansöverenskommelse avseende läkarinsatser.
- ▶ ÄN:s Mål och budget, 2021-2023.
- ▶ ÄN:s Kvalitetsplan 2021.
- ▶ ÄN:s Kvalitetsberättelse 2020.
- ▶ ÄN:s Internkontrollplan 2021.
- ▶ Analysrapport - Anordnare av särskilt boende för äldres hantering av Corona pandemin.
- ▶ Riktlinje - Uppföljning och granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten.
- ▶ Granskning av hälso- och sjukvård på särskilda boenden för äldre.
- ▶ Uppföljningsplan 2021, 2020, 2019 och 2018.
- ▶ Kvalitetsgranskningsrapporter.
- ▶ Uppföljningsrapporter.
- ▶ Anordnarenkät 2020

Revisorerna

Till: Äldrenämnden

För kännedom: Kommunfullmäktige och Kommunstyrelsen

### **Granskning av den medicinska kompetensen och patientsäkerheten inom äldreomsorgen vid särskilda boenden**

Vi revisorer har låtit EY genomföra en granskning med syftet att bedöma om äldrenämnden har säkerställt styrning av kommunala och privata utförare som garanterar tillräcklig tillgång på medicinsk kompetens, en god kvalitet och patientsäkerhet inom särskilda boenden för äldre.

Vår sammantagna bedömning är att äldrenämnden inte har en helt tillfredsställande styrning för att tillgodose behoven. Bedömningen baseras i huvudsak på att:

- ▶ Auktorisationsvillkoren definierar inte tydligt i vilken omfattning det ska finnas tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal annat än att sjuksköterskor ska finnas på plats dagtid under vardagar och i övrigt ha en inställetid på 30 minuter. Fysio- och arbetsterapeuter ska vara tillgängliga under vardagar.
- ▶ Det är anordnarna som är ansvariga för att hälso- och sjukvårdspersonalen har den kompetens som krävs för god vård och för att personalen kontinuerligt får fortbildning och handledning. Nämnden följer inte upp om så är fallet.
- ▶ Hälso- och sjukvården ska enligt auktorisationsvillkoren vara av god kvalitet men vad som är god kvalitet definieras i begränsad utsträckning i uppföljningsbara mål och mått/indikatorer. Uppföljningar/granskningar görs, men enligt vår mening, inte i tillräcklig omfattning, samtidigt som inhämtade data inte sammanställs och analyseras i den utsträckningen att det är möjligt att bedöma hälso- och sjukvårdens kvalitet.
- ▶ Auktorisationsvillkoren adresserar inte i särskild ordning patientsäkerheten annat än att anordnarna årligen ska rapportera sin patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelserna redovisas dock inte till nämnden.
- ▶ Varken nämndens årsredovisning eller kvalitetsberättelse ger en tydlig bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet och anordnarnas villkorsefterlevnad.

Vi har också noterat att äldrenämnden enligt reglementet ska fullgöra uppgiften som vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen, trots att det är kommunstyrelsen som ansvarar för särskilt boende för äldre som drivs i egen regi. Dessutom har det i granskningen framgått att kommunfullmäktige inte för denna mandatperiod har beslutat om ett program med mål och riktlinjer för verksamheter som utförs av privata utförare.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ger vi äldrenämnden följande rekommendationer:

- ▶ Besluta om relevanta målsatta indikatorer för kvalitet och patientsäkerhet avseende hälso- och sjukvården i särskilt boende för äldre.
- ▶ Överväg att i auktorisationsvillkoren ställa tydligare krav på hälso- och sjukvårdskompetens.
- ▶ Revidera riktlinje "Upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten" bl a med avseende på ambitionsnivå för uppföljning av kvalitet och villkor för kundvalet gällande hälso- och sjukvård i särskilt boende för äldre.
- ▶ Överväg behov av kompetens och resurs för uppföljning och granskning av hälso- och sjukvård.
- ▶ Sammanställ och analysera anordnarnas patientsäkerhetsberättelser och gör rapport till nämnd.
- ▶ Följ upp anordnarnas kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal.
- ▶ Definiera vad som menas med allvarliga synpunkter, klagomål och fel/brister som anordnarna ska



rapportera.

Vi önskar äldrenämndens svar på rekommendationerna senast 2022-02-25.

För revisorerna i Nacka kommun

  
Yvonne Wessman  
Ordförande

  
Lars Berglund  
Vice ordförande

Bilaga: Revisionsrapport 6/2021 Granskning av den medicinska kompetensen och patientsäkerheten inom äldreomsorgen vid särskilda boenden

Revisorerna

Till: Kommunstyrelsen

För kännedom: Kommunfullmäktige och Äldrenämnden

## Granskning av den medicinska kompetensen och patientsäkerheten inom äldreomsorgen vid särskilda boenden

Vi revisorer har låtit EY genomföra en granskning med syftet att bedöma om äldrenämnden har säkerställt styrning av kommunala och privata utförare som garanterar tillräcklig tillgång på medicinsk kompetens, en god kvalitet och patientsäkerhet inom särskilda boenden för äldre.

Vår sammantagna bedömning är att äldrenämnden inte har en helt tillfredsställande styrning för att tillgodose behoven.

Vi har också i granskningen noterat att äldrenämnden enligt reglementet ska fullgöra uppgiften som vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen, trots att det är kommunstyrelsen som ansvarar för särskilt boende för äldre som drivs i egen regi, vilket inkluderar hälso- och sjukvårdsverksamhet. Ansvaret som vårdgivare framgår inte av kommunstyrelsens reglemente. Dessutom har det i granskningen framgått att kommunfullmäktige inte denna mandatperiod har beslutat om ett program med mål och riktlinjer för verksamheter som utförs av privata utförare.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ger vi kommunstyrelsen följande rekommendationer:

- ▶ Föreslå kommunfullmäktige att revidera äldrenämndens reglemente genom att ansvaret som vårdgivare utgår och att kommunstyrelsens reglemente tillförs ansvaret att fullgöra uppgiften som vårdgivare.
- ▶ Föreslå fullmäktige att besluta om ett program med mål och riktlinjer för verksamheter som utförs av privata utförare.

Vi önskar kommunstyrelsens svar på rekommendationerna senast 2022-02-25.

För revisorerna i Nacka kommun

  
Yvonne Wessman  
Ordförande

  
Lars Berglund  
Vice ordförande

Bilaga: Revisionsrapport 6/2021 Granskning av den medicinska kompetensen och patientsäkerheten inom äldreomsorgen vid särskilda boenden

Yttrande över  
revisionskrivelse C och  
revisionsrapport 7/2021 -  
Granskning av uppföljning och  
kvalitetskrav inom  
hemtjänsten

12

# ÄLN 2021/220

Äldrenämnden

2022-02-03

TJÄNSTESKRIVELSE

Dnr: ÄLN 2021/220

## **Yttrande över revisionskrivelse C och revisionsrapport 7/2021 - Granskning av uppföljning och kvalitetskrav inom hemtjänsten**

### **Svar på revisionskrivelse**

#### **Förslag till beslut**

Äldrenämnden antar förslaget yttrande över revisionskrivelse C och revisionsrapport 7/2021 - Granskning av uppföljning oh kvalitetskrav inom hemtjänsten.

Beslutet justeras omedelbart.

#### **Sammanfattning**

Nacka kommuns revisorer har under 2021 låtit Ernst & Young (EY), genomföra en granskning av uppföljning och kvalitetskrav inom hemtjänsten. Deras sammantagna bedömning är att äldrenämnden i stor utsträckning har säkerställt att kvalitetskraven i auktorisationsvillkoren är ändamålsenliga men att nämnden inte har bedrivit en tillräcklig uppföljning av anordnarna. Äldrenämnden har fått rekommendationer från revisorerna att utveckla arbetet inom fyra områden. Revisorerna önskar svar senast 2022-02-25.

#### **Ärendet**

Syftet med granskningen var att bedöma om äldrenämnden bedriver en tillräcklig uppföljning av anordnare av hemtjänst och om kvalitetskraven är ändamålsenliga. Den sammantagna bedömningen av revisionen är att äldrenämnden i stor utsträckning har säkerställt att kvalitetskraven i auktorisationsvillkoren är ändamålsenliga men att nämnden inte har bedrivit tillräcklig uppföljning av anordnarna.

Äldrenämnden har fått tillfälle att yttra sig över revisionsrapporten och dess rekommendationer:

1. Se över möjligheten att i större utsträckning använda krav som avser effekter for kunden.
2. Se över uppföljningsbarheten i de krav som avser språklig kompetens.
3. Vidta åtgärder för att säkerställa tillräcklig och ändamålsenlig uppföljning av hemtjänstens anordnare

4. Vidta åtgärder att säkerställa att hemtjänstens insatser följs upp i tillräcklig utsträckning på individnivå

Äldrenämndens yttrande redovisas i bilaga 1.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Förslaget till beslut medför inga ekonomiska konsekvenser.

### **Konsekvenser för barn**

Förslaget till beslut medför inga konsekvenser för barn.

### **Bilagor**

1. Yttrande – över granskning av uppföljning och kvalitetskrav inom hemtjänsten
2. Nacka kommun - Granskning av uppföljning och kvalitetskrav inom hemtjänsten. Granskningsrapport 7/2021.
3. Revisionskrivelse C 2021 -1 1 -24.

Ellinor Egefors  
Enhetschef  
Äldreenheten

Elisa Reinikainen  
Gruppchef Kvalitet vård och omsorg  
Äldreenheten



2022-02-08

Förslag till yttrande

Dnr: ÄLN 2021/220

Kommunfullmäktiges revisorer

## Yttrande över revisionskrivelse C och revisionsrapport 7/2021 - Granskning av uppföljning och kvalitetskrav inom hemtjänsten

Äldrenämnden har fått tillfälle att yttra sig över revisionsrapporten och dess rekommendationer.

1. Se över möjligheten att i större utsträckning använda krav som avser effekter för kunden.

EY bedömer att av de 33 krav som ställs på hemtjänstanordnarna är 29 mätbara vilket medger uppföljning och insyn. Kraven bedöms som ändamålsenliga. EY noterar dock att inget av auktorisationsvillkoren är av typen effektkrav, det vill säga krav som är utformade på ett sätt där utföraren ska uppnå ett visst resultat. Effektkrav belyser resultaten av verksamhetens prestationer, vilket skulle kunna vara kundnöjdhet eller antal fallskador. Äldreenheten instämmer i att effektkrav saknas i själva villkoren, men framhåller att effektkrav istället används som styrmedel i indikatorer i Mål och budget. Exempel på indikatorer som följs är övergripande kundnöjdhet inom hemtjänsten, kontinuitet och antal fallskador inom kommunen. Effektkrav förekommer också när riskminskande aktiviteter sätts i kvalitetsplanen.

2. Se över uppföljningsbarheten i de krav som avser språklig kompetens.

Att ställa krav på att personalen ska ha läst en viss språkkurs har visat sig att inte alltid ge rätt bild av personens aktuella språkkunskaper. Nacka kommun har därför valt att satsa på kompetensutveckling i form av en språksatsning. Anordnaren har ett ansvar att följa upp att personalens kunskaper är tillräckliga för att de ska kunna ge god omsorg till kunderna. Anordnaren ska bland annat via egenkontroller i dokumentationsgranskningen säkerställa att personalen har tillräcklig skriftlig kompetens. Äldreenheten planerar att under året implementera en ny metod för systematisk uppföljning inom hemtjänsten. Intervjufrågor kommer nu att tas fram för hemtjänstkunder där en fråga kommer att vara om kunderna upplever att de förstår vad personalen säger och hur kunderna upplever att personalen förstår dem. Genom att samla in kundernas synpunkter blir det möjligt att mäta nivån på hemtjänstpersonalens språkliga och kommunikativa kompetens i praktiken.

### 3. Vidta åtgärder för att säkerställa tillräcklig och ändamålsenlig uppföljning av hemtjänstens anordnare

Riktlinjen för uppföljning av anordnare och utförare inom sociala omsorgsprocessen har reviderats. Tidigare har årsplan för uppföljning av anordnare redovisats till äldrenämnden, med undantag år 2020 och 2021. Årsplanen kommer från 2022 åter att presenteras för äldrenämnden varje år i mars. Den kommer att innehålla ett mer detaljerat innehåll om hur ofta och vilka anordnare/utförare som kommer att följas upp.

Få uppföljningar inom hemtjänsten har gjorts under 2020 och 2021. Pandemin har påverkat enhetens prioriteringar och resurser för uppföljningsarbetet. Under pandemin har äldreheten prioriterat och genomfört utbildningsinsatser i basal vårdhygien samt haft en tät dialog med anordnarna kring uppföljning av bland annat omsorgspersonal, kompetens och smittskydd. Med en pandemi som nu är i en annan fas är det åter möjligt att återgå till uppföljning i en mer normal kontext och enheten avser att följa upp hälften av anordnarna under 2022.

### 4. Vidta åtgärder att säkerställa att hemtjänstens insatser följs upp i tillräcklig utsträckning på individnivå

Individuppföljningar innebär att biståndshandläggaren ska följa upp om den enskilde kundens mål med insatsen har uppnåtts och om kunden varit nöjd med insatsens genomförande. Att göra individuppföljningar stipuleras i socialtjänstlagen, men däremot finns det inte angivet exakt hur ofta dessa ska ske. Hur ofta uppföljningar behövs beror på individens insatser och behov, men målet är att alla ska följas upp årligen.

Biståndshandläggarna i Nacka har i jämförelse konstaterats ha högre antal ärenden än andra kommuner. Sedan lagen om samverkan vid utskrivning från sjukhus (LUS) infördes har även fler handläggare behövt arbeta med hemplanering. Detta gör att individuppföljningar inte har kunnat göras i den utsträckning som krävs. Åtgärder är redan vidtagna i och med att äldrenämnden ökat personalbudgeten för att kunna tillsätta fler biståndshandläggare 2022

Systematiska individuppföljningar (SIU) är en annan sak än individuppföljningar. SIU innebär att ett antal kvalitetsfrågor sammanställs utifrån Socialstyrelsens kvalitetsområden. Frågorna ställs på samma sätt till alla kunder som ingår i undersökningen och svaren kan sedan sammanställas och analyseras på gruppnivå. Äldrehetens intention är att utveckla arbetet med SIU inom hemtjänsten.

Karin Teljstedt  
Ordförande  
Äldrenämnden

Karin Kollberg  
Social- och äldredirektör  
Stadsledningskontoret

# Nacka kommun

Granskning av uppföljning och kvalitetskrav inom  
hemtjänsten



## Innehållsförteckning

Sammanfattande bedömning och rekommendationer .....	1
<b>1. Inledning</b> .....	3
1.1. Bakgrund.....	3
1.2. Syfte och revisionsfrågor .....	3
1.3. Ansvarig nämnd .....	3
1.4. Avgränsningar .....	3
1.5. Genomförande .....	4
1.6. Revisionskriterier .....	4
<b>2. Organisation och styrning</b> .....	4
2.1. Kundval - Hemtjänst .....	4
2.2. Politisk- och tjänstemannaorganisation .....	5
2.3. Styrning .....	5
2.3.1 Mål och budget 2021-2023.....	5
2.3.2 Strategi för ett hälsosamt åldrande .....	5
2.3.3 Äldrenämndens Kvalitetsplan 2021 .....	6
2.3.4 Auktorisationsvillkoren .....	6
2.3.5 Avtal.....	7
<b>3. Äldrenämndens uppföljningsarbete</b> .....	7
3.1. Uppföljning av kvalitetsmål.....	7
3.2. Uppföljning av anordnare .....	8
3.2.1 Uppföljningen ska bestå av flera kompletterande delar .....	9
3.3. Synpunkter och klagomål .....	10
3.4. Återrapportering.....	11
3.5. Fusk och oegentligheter framställs som ett särskilt riskområde .....	12
<b>4. Granskning av äldrenämndens kvalitetskrav</b> .....	13
4.1. Auktorisationsvillkor för hemtjänst, ledsagning och avlösning.....	13
<b>5. Bedömning</b> .....	14
<b>6. Svar på revisionsfrågor</b> .....	16
<b>Bilaga 1 Källförteckning</b> .....	18
<b>Bilaga 2 Utgångspunkter för granskningen</b> .....	19
Möjligheten till uppföljning är betingad formuleringen av kvalitetskrav .....	19
Kvalitetskraven analyseras utifrån forskningsbaserat ramverk.....	19
Uppföljningens organisation och planering ska vara strukturerad .....	20
<b>Bilaga 3 Specifika auktorisationsvillkor</b> .....	22

## Sammanfattande bedömning och rekommendationer

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning med syftet att bedöma om äldrenämnden bedriver en tillräcklig uppföljning av anordnare av hemtjänst och om kvalitetskraven är ändamålsenliga. Sammantaget gör vi bedömningen att äldrenämnden i stor utsträckning har säkerställt att kvalitetskraven i auktorisationsvillkoren är ändamålsenliga men att nämnden inte har bedrivit en tillräcklig uppföljning av anordnarna.

Granskningen visar att äldrenämnden kravställer kvalitet genom de auktorisationsvillkor som är underlag för godkännande av hemtjänst. Avtal sluts, om anordnaren uppfyller kraven. Av 33 krav bedömer vi att 29 är mätbara. De är huvudsakligen utförliga och tydliga, vilket medger uppföljning och insyn. I och med att den stora merparten är uppföljningsbara ser vi dem som ändamålsenliga.

Vi noterar dock att det inte förekommer så kallade effektkrav i auktorisationsvillkoren, det vill säga krav som avser resultatet av insatser snarare än hur insatserna genomförs. Granskningen visar att det pågår ett arbete med att utöka antalet krav samt höja kvalitetskraven inom vissa områden. Detta genom det av äldrenämnden antagna förslaget på nya auktorisationsvillkor som börjar gälla den 1 december 2021. Men vi konstaterar att de huvudsakliga förändringarna i auktorisationsvillkoret inte är av karaktären effektkrav.

Ett antal krav är kopplade till språklig kompetens och utbildningsnivå. Kravet att behärska det svenska språket i tal och skrift bedöms inte vara uppföljningsbart då verksamheten inte har definierat vad som är kravet för att en person anses "behärska" språket. Vi noterar att initiativ i syfte att förbättra språkkunskaper har tagits. Nämnden bör dock se över uppföljningsbarheten i de krav som avser språklig kompetens. Kraven avseende utbildningsnivå och vårdkompetens är mätbara och bedöms ändamålsenliga. De bedöms utgöra en god grund för uppföljning.

Vidare innefattar kundvalet en möjlighet att välja språkliga preferenser för personal som utför vården. Detta sker i kommunens digitala portal för jämförande av anordnare av hemtjänst, ledsagning och avlösning, Jämföraren. Av vad som framkommer i granskningen bedömer vi att äldrenämnden, genom Jämföraren, möjliggjort för brukare att på ett ändamålsenligt sätt kunna göra aktiva val. Men vi har inte i granskningen kunnat se i vilken utsträckning brukaren använder just språklig kompetens som parameter för val eller byte av anordnare.

Vi kan konstatera att det finns mål uppsatta på övergripande nivå för kvalitet inom hemtjänsten. Målen fastställs i övergripande styrdokument såsom mål och budget samt i äldrenämndens kvalitetsplan. Vi ser detta som positivt och kan konstatera att det är tydligt definierat vad kvalitet inom hemtjänsten i kommunen innebär. Nämnden följer kontinuerligt upp målen genom tertialrapporter. Dessutom deltar företrädare för kvalitetse kontinuerligt vid nämndens sammanträden. Vår bedömning är att systemet för målluppföljning av kvalitetsmål på övergripande nivå är ändamålsenlig.

Men granskningen visar enligt vår bedömning att nämnden inte fullt ut har en tillräcklig uppföljning av privata anordnare av hemtjänst. Bedömningen grundar sig i att nämnden inte har beslutat om en årlig uppföljningsplan för anordnare enligt reglementet för kundval. Vi konstaterar dock att det av verksamheten arbetats fram en sådan plan, såväl som interna processkartor, men att det hittills i år inte genomförts några kvalitetsuppföljningar, dels på grund av pandemin, dels på grund av pågående

utvecklingsarbete. Det framkommer även att uppföljning på individnivå av utförda hemtjänstinsatser har varit eftersatt. Vi kan konstatera att avauktoriseringer har skett tidigare år med anledning av vad kvalitetsuppföljningar har visat. Avauktoriseringer med anledning av uppvisade kvalitetsbrister i verksamheten har inte skett under år 2021.

Systemet för hantering av synpunkter och klagomål förefaller ändamålsenligt. I mars 2020 infördes en ny process för avvikelshantering, synpunkter och klagomål. Detta har resulterat i en ökning i antalet registrerade klagomål och synpunkter, vilket blir en del av underlaget till det systematiska kvalitetsarbetet. I auktorisationsvillkoret finns krav på anordnaren att rapportera allvarliga klagomål, fel, brister och avvikelser till kommunen samt redovisa åtgärdsplaner kopplade till dessa.

Vi rekommenderar äldrenämnden att:

- ▶ Se över möjligheten att i större utsträckning använda krav som avser effekter för kunden.
- ▶ Se över uppföljningsbarheten i de krav som avser språklig kompetens.
- ▶ Vidta åtgärder för att säkerställa en tillräcklig och ändamålsenlig uppföljning av hemtjänstens anordnare.
- ▶ Vidta åtgärder för att säkerställa att hemtjänstens insatser följs upp i tillräcklig utsträckning på individnivå.

# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

Kommunallagens 5 kapitel 3 § ålägger kommunfullmäktige att inför varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för uppföljning av privata utförare som utför kommunala angelägenheter. Äldrenämnden i Nacka kommun har förutom ett antal verksamheter i egen regi, även avtal med ett antal anordnare av äldreomsorg. Kommunen bedriver ingen hemtjänst i egen regi, med undantag för nattpatrull och larm. Det är väsentligt att nämnden har formulerat ändamålsenliga kvalitetskrav för verksamheterna. För att säkerställa att verksamheterna bedrivs i enlighet med rådande kvalitetskrav krävs en tillräcklig uppföljning av dessa verksamheter. Kvalitetskrav som är vagt formulerade är svåra att följa upp.

I Mål och budget 2021-2023 konstaterar kommunfullmäktige att alla människor har rätt till ett tryggt och självständigt liv där de flesta, vissa mer än andra, behöver stöd någon gång under livet. Den vård och omsorg som kommunen finansierar för personer som behöver hjälp i sin vardag ska hålla hög kvalitet. Valfrihet är ett centralt begrepp för omsorgen och därav konstateras att det behövs en mångfald av aktörer.

Revisorerna har utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys 2021 beslutat att genomföra en granskning av avtalshantering och uppföljning av externa anordnare inom äldreomsorgen.

## 1.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldrenämnden bedriver en tillräcklig uppföljning av anordnare och om kvalitetskraven på anordnare är ändamålsenliga.

Revisionsfrågor:

- ▶ I vilken utsträckning har nämnden i avtal med anordnare ställt ändamålsenliga krav på kvalitet och försäkrat sig om möjlighet till insyn och uppföljning?
  - Finns krav kopplade till språklig kompetens och utbildningsnivå?
  - Finns krav på vårdkompetens?
- ▶ Innefattar kundvalet en möjlighet att välja språkliga preferenser för personal som utför vården?
- ▶ Hur ser processen ut för uppföljning och kontroll av uppställda mål på kvalitet? I vilken utsträckning är processen ändamålsenlig och komplett?
  - Är nämndens uppföljningsplan utformad i enlighet med fullmäktiges program för uppföljning? Tillämpas planen?
- ▶ Hur hanteras eventuella klagomål och synpunkter på externa anordnare? I vilken utsträckning kan hanteringen bedömas som ändamålsenlig?
- ▶ Sker det en kontinuerlig och tillräcklig återrapportering till nämnden? I vilken utsträckning och hur vidtar nämnden åtgärder vid avvikelser från avtalen?

## 1.3. Ansvarig nämnd

Granskningen avser äldrenämnden.

## 1.4. Avgränsningar

Granskningen har avgränsats till hemtjänstens anordnare. I granskningen har ett urval av avtal hos 3 anordnare granskats. Urvalet har skett utifrån omfattningen och väsentligheten av de verksamheter som avtalen reglerar. Granskningen avser år 2021.

## 1.5. Genomförande

Granskningen har skett genom dokumentstudier samt intervjuer med nämndens presidium och ansvariga tjänstepersoner. Delar av granskningen har genomförts utifrån en forskningsbaserad metod.<sup>1</sup> För att besvara frågan om i vilken utsträckning nämnden i avtal med anordnare har ställt ändamålsenliga krav på kvalitet har vi utgått från ett ramverk för att utvärdera kvalitetskravs uppföljningsbarhet. Dessa utgångspunkter finns samlade i bilaga 2.

## 1.6. Revisionskriterier

Revisionskriterierna är de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar. I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (2017:725) 5 kap. 3 § samt 10 kap. 7-9 §
- ▶ Lagen om valfrihetssystem (2008:962)
- ▶ Reglemente för kundval
- ▶ Tillämpliga utredningar och forskningsartiklar
- ▶ Kommunfullmäktiges Mål och budget 2021-2023
- ▶ Program med mål och riktlinjer för verksamheter som utförs av privata utförare
- ▶ Övriga av fullmäktige beslutade relevanta styrdokument.

## 2. Organisation och styrning

### 2.1. Kundval - Hemtjänst

Hemtjänsten i Nacka kommun upphandlas genom lagen om valfrihet (LOV). År 2021 uppgick antal anordnare till 19. Den hemtjänst som bedrivs i egen regi är nattpatrull och larm.

Kommunen har ett gemensamt regelverk för alla kundval som regleras av reglemente för kundval. Det innebär att de gemensamma auktorisationsvillkoren innehåller andra begrepp än de som förekommer i LOV. Syftet beskrivs i reglementet vara att ge kommuninvånarna direkt inflytande över den service de har rätt till. Kunden får en check av kommunen och väljer därefter anordnare av tjänsten. Systemet med checkar innebär att alla anordnare, såväl kommunala som privata, ska bedriva verksamhet på lika villkor. Checkstorleken fastställs årligen av kommunfullmäktige.

Kundvalet för hemtjänst, ledsagning och avlösning innefattar varje kommuninvånarens rätt att välja hemtjänstanordnare. Alla godkända anordnare i kommunen finns presenterade i det digitala verktyget Jämföraren. Genom Jämföraren kan individen inhämta information om varje anordnare och själv (eller nära anhörig) fatta beslut om anordnare. Anordnarna sorteras utifrån mått baserat på nationell och lokal statistik som kommunen samlar in. Exempelvis kan anordnarna sorteras utifrån kriterierna personalkontinuitet, geografiskt område samt utifrån språkliga preferenser bland personalen, däribland arabiska, bosniska, engelska, somaliska, kurdiska och finska.

En central del i kundvalssystemet är kundens rätt att byta anordnare. Vid omval ska kunden kontakta sin biståndshandläggare. Handläggaren meddelar då båda anordnarna. När kunden och den nya anordnaren är överens kan omvalet genomföras, vilket ska ske inom en vecka. Det följs inte upp i vilken utsträckning brukaren faktiskt byter anordnare.

För den som inte vill eller kan välja anordnare finns det ett så kallat ickevalsalternativ. Enligt auktorisationsvillkoret framgår att ickevalsalternativet tas fram genom att

---

<sup>1</sup> Se Almqvist, R. (2001). *Management by Contract: A study of programmatic and technological aspects.*



kommunen två gånger per år eller oftare vid behov, upprättar listor över godkända anordnare i varje kommundel som inte har något kapacitetstak och inte tilldelats någon varning under föregående år. Anordnaren ska ha varit godkänd i minst tolv månader och ha minst fem kunder i kundvalet. Information om ickevalsalternativen finns på kommunens hemsida.

## 2.2. Politisk- och tjänstemannaorganisation

Äldrenämnden fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten, exklusive ekonomiskt bistånd samt kommunal vård och omsorg och de uppgifter som enligt annan lag eller författning ankommer på socialnämnd nämnd avseende personer över 65 år. I detta ingår ansvar som ytterst vårdgivare enligt 11 kap. 1§ i hälso- och sjukvårdslagen. Nämnden ansvarar för myndighetsutövning för den enskilde samt finansiering och kvalitetsuppföljning av utförare och anordnare inom området.

Förvaltningsorganisationen är organiserad utifrån processer och inte förvaltningar. Sociala omsorgsprocessen ansvarar för tre enheter med en processägare i form av social- och äldredirektören. Äldreenheten är en av de tre enheterna i sociala omsorgsprocessen och består av två grupper: biståndshandläggargruppen och kvalitet- och stödgruppen.

Kvalitet och stöd är den grupp inom äldreenheten som har det huvudsakliga ansvaret för avtalsuppföljningen. Arbetet leds av en gruppchef och utförs till stor del av fyra kvalitetsutvecklare inklusive kommunens MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska). Ansvaret för avtalsuppföljning inom området hemtjänst är utformade utifrån behov.

## 2.3. Styrning

### 2.3.1 Mål och budget 2021-2023

I kommunfullmäktiges beslut om mål och budget 2021-2023 ger kommunfullmäktige äldrenämnden bland annat följande särskilda uppdrag under 2021:

- ▶ Införa en ekonomisk bonus till hemtjänstanordnarna för att stimulera god kvalitet i äldreomsorgen.
- ▶ Ta initiativ för att förbättra språkkunskaperna i svenska hos personal i äldreomsorgen.

### 2.3.2 Strategi för ett hälsosamt åldrande

Äldrenämndens styrande dokument, Strategi för ett hälsosamt åldrande, utgår från det av kommunfullmäktige antagna styrdokumentet Mål och budget. Enligt strategin som antogs 2018 framgår en rad målsättningar för äldreomsorgen varav en målsättning med fyra punkter avser möjliggöra för seniorer att bo kvar hemma genom att:

- ▶ erbjuda hemtjänst och ledsagning av god kvalitet med en mångfald av inriktningar mot olika behov,
- ▶ utveckla en mer och sammanhållen vård och omsorg om äldre med behov av insatser från både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen,
- ▶ ge stöd och avlastning till personer som vårdar anhöriga,
- ▶ med hjälp av välfärdsteknik utveckla insatser som främjar självständighet, trygghet, delaktighet och aktivitet.

För att styra och följa upp god kvalitet har Äldrenämnden definierat kvalitetsbegreppet, dels i enlighet med Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete där kvalitetsplanen utgör det huvudsakliga styrande dokumentet, dels genom de krav på anordnare av hemtjänst som bestäms i auktorisationsvillkoren. Detta beskrivs nedan.

### 2.3.3 Äldrenämndens Kvalitetsplan 2021

I äldrenämndens och socialnämndens riktlinje "Ledningssystem för god kvalitet" definieras utgångspunkter för kvalitetsarbetet. I enlighet med SOSFS 2011:9 definieras även processer och struktur för arbetet med kvalitet.

I äldrenämndens kvalitetsplan för 2021 anges att kommunens övergripande mål och nämndens fokusområden är utgångspunkter i kvalitetsarbetet likväl som antagna riktlinjer tillsammans med kommunens vision och grundläggande värdering. Enligt planen är God kvalitet att verksamheten inom äldrenämndens ansvarsområde uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten. I kvalitetsplanen för 2021 har verksamheten identifierat prioriterade områden för kvalitetsarbetet under året:

1. Självbestämmande och integritet:
  - ▶ Bristande uppföljning på individ- och gruppnivå. Kundernas önskemål om behov riskerar att inte tillgodoses om uppföljning inte sker. Kunskap om målgruppernas behov saknas då uppföljningar inte sker på ett systematiskt sätt.
2. Trygghet och säkerhet:
  - ▶ Kundernas upplevelse av otrygghet och osäkerhet ökar om personalkontinuiteten är låg.
  - ▶ Medborgare över 65 år har en ökad risk för suicid utifrån ofrivillig ensamhet och isolering.
  - ▶ Kunder riskerar att inte få hjälp om anhöriga inte får tillräcklig med återhämtning och stöd.
  - ▶ Kunderna riskerar att dö ensam om kvaliteten av vården i livets slutskede brister.
3. Kunskapsbaserad verksamhet:
  - ▶ Kunders behov tillgodoses inte då personalen saknar grundläggande utbildning och har bristande språkkunskaper.
4. Helhetssyn och samordning:
  - ▶ Medborgare över 65 år riskerar att drabbas av fallskador.

### 2.3.4 Auktorisationsvillkoren

För att vara valbar inom kundvalssystemet måste privata anordnare uppfylla de auktorisationskrav som kommunfullmäktige beslutat. Från och med 1 januari 2019 är hemtjänst enligt SoL dessutom tillståndspliktig. Detta innebär att anordnare behöver ett tillstånd från IVO för att bedriva verksamhet. Tillståndsplikten innebär att IVO har granskat anordnaren innan de ansöker om auktorisation.

I Reglemente för kundval stipuleras kommunens generella auktorisationsvillkor som ska gälla för samtliga kundval. Utifrån de generella auktorisationsvillkoren ska varje nämnd fatta beslut om specifika villkor som är anpassade utifrån varje kundval. Nuvarande auktorisationsvillkor för att vara godkänd anordnare av hemtjänst, ledsagning och avlösning gäller från och med 1 juni 2019.

Till följd av bland annat sjunkande kundnöjdhet och demografiska förändringar antog äldrenämnden i oktober 2019 ett politikerinitiativ med förslag på frågeställningar för en ny översyn av kundvalet hemtjänst, ledsagning och avlösning. Översynen resulterade i utredningsrapporten Hemtjänst 2.0 som presenterades vid äldrenämndens sammanträde den 26 augusti 2020. I rapporten presenteras flera förslag på revideringar i auktorisationsvillkoren samt en beskrivning av vad de skulle kunna ge för konsekvenser. Ett område är ökade krav på de anställdas utbildningsnivå samt kompetensutveckling. Ett

annat är ett förslag att revidera auktorisationsvillkoren med tydligare krav på arbetsvillkor. Ett särskilt bristområde som lyfts fram är personalens kunskaper i svenska språket – ett problem som flertalet kommuner upplever. I januari 2021 infördes en bonus för hög personalkontinuitet, vilket var ett förslag från utredningen. Vid nämndsammanträdet den 27 oktober 2021 antogs förslag på nya auktorisationsvillkor som börjar gälla den 1 december 2021.

Bland de nu gällande specifika auktorisationsvillkor för hemtjänst, ledsagning och avlösning återfinns bland annat krav på språklig kompetens, utbildningsnivå samt vårdkompetens bland anordnarnas personal. Krav kopplade till vårdkompetens stipuleras i Socialstyrelsens rekommendationer av godkänd utbildning. Vidare finns krav på personalens utbildningsnivå, där minst 50 procent av personalen måste ha godkänd utbildning. Med godkänd utbildning avses det som Socialstyrelsen rekommenderar. Där fastställs vilka utbildningsprogram som godkänns och vilka programfördjupningar som krävs. Utbildningar genomförda i ett annat land än Sverige kan valideras.

Vidare finns krav på såväl verksamhetens ledning som på övrig personal att behärska det svenska språket i tal och skrift. Det definieras bland annat genom att alla medarbetare ska behärska svenska så att de förstår och kan göra sig förstådda i kommunikation med kunden och arbetsgivaren. Vid uppföljning ska anordnaren redovisa hur de säkerställer att personalen behärskar det svenska språket. Kravet att behärska det svenska språket i tal och skrift uppges vara svårt att följa upp enligt flera intervjuade, då ordet "behärska" är svårdefinierat och kan tolkas på olika sätt. Det beskrivs vara ett prioriterat utvecklingsarbete. Under 2021 har kvalitet- och stödgruppen enligt intervjuade tjänstepersoner valt att prioritera språksatsningen vilket innebär en digital utbildning i svenska samt utbildning av språkbud.

Varje nämnd ska i de specifika auktorisationsvillkoren besluta om vilka sanktioner som ska inträda om anordnaren brister i uppfyllandet av ett auktorisationsvillkor. Ju mer negativ påverkan bristen har på kund, desto mer påkallat är det med en allvarligare sanktion. I auktorisationsvillkoren för hemtjänst, ledsagning och avlösning anges grunderna för avauktorisering. Vidare följer efter varje auktorisationsvillkor kontrollpunkter vid auktorisering samt påföljder vid brister, däribland varning, och/eller avauktorisering. Följande sanktion tillämpas om anordnare brister i sitt uppdrag:

- ▶ Åtgärdsplan
- ▶ Varning
- ▶ Vite
- ▶ Avauktorisering (vid brist, på egen begäran, utifrån avsaknad av uppdrag)

### 2.3.5 Avtal

När en anordnare har uppfyllt auktorisationsvillkoren skrivs ett avtal. Inom ramen för granskningen har vi delgivit fyra olika avtal med anordnare i privat regi. Avtalen mellan parterna (kommunen och anordnaren) stipulerar bland annat kontraktstid, kontraktsvillkor, ersättning för utförd tjänst, faktureringsdetaljer, information om avauktorisering samt tvister.

## 3. Äldrenämndens uppföljningsarbete

### 3.1. Uppföljning av kvalitetsmål

Enligt äldrenämndens riktlinje Ledningssystem för god kvalitet är kommunens ledningssystem ett verktyg för att leda, planera, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet syftar således till att fortlöpande och systematiskt bedriva ett förbättringsarbete. Uppföljningen av kvalitet sammanställs i en

kvalitetsberättelse som godkänns av nämnd i februari varje år. I kvalitetsberättelsen ska bland annat en sammanställning och analys av processerna, resultatet av genomförda egenkontroller och förbättringsåtgärder, kundundersökningar, systematisk uppföljning av insatser, avvikelser, öppna jämförelser och uppföljning av anordnare redovisas. Utöver det följs nämndens övergripande mål upp i de två tertiärrapporterna samt i årsredovisningen.

### 3.2. Uppföljning av anordnare

Kvalitet- och stödgruppen (KOS) är den grupp inom äldreheten som har det huvudsakliga ansvaret för avtalsuppföljningen. Arbetet leds av en gruppchef och utförs till stor del av fyra kvalitetsutvecklare inklusive kommunens MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska).

Enligt kommunallagen ska kommunfullmäktige för varje mandatperiod anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. Detta program antogs 2015 av fullmäktige i Nacka. Programmet ställer krav på att varje nämnd ska följa upp sina avtal med privata utförare och de uppdragsbeskrivningar som överenskommit med kommunens egen regi. Programmet hänvisar till kommunens övriga styrdokument inom området som ska säkerställa att kommunala och privata anordnare håller en hög kvalitet. Dessa styrdokument är Reglemente för intern kontroll, Reglemente för kundval samt Inköpspolicy.

Det finns en riktlinje för uppföljning som antogs av äldrenämnden 2015. Riktlinjen anger bland annat uppföljningsprocessen och vilka uppföljningsmetoder som används vid avtalsuppföljning av externa anordnare. Uppföljningsprocessen består av fem delar:

1. Analysera nuläget
2. Planera och prioritera
3. Samla in resultat
4. Bearbeta och analysera
5. Åtgärda.

Vid intervjuer har det framkommit att riktlinjen inte är reviderad efter den omorganisation som gjordes 1 maj 2017, men att den process som riktlinjen beskriver däremot finns uppdaterad i det digitala kvalitetsledningssystemet, Stratsys. Processen består av två delprocesser som förklarar verksamhetsuppföljningen och kvalitetsgranskningen i detalj. Riktlinjen från 2015 används fortsatt som utgångspunkt, till exempel vid påkallade granskningar och vid kvalitetsgranskningar. En revidering av riktlinjen är planerad.

I kommunens reglemente för kundval stipuleras att nämnderna för varje kundval ska besluta om en modell för uppföljning av anordnare utifrån de generella och specifika auktorisationsvillkoren. Enligt reglementet för kundval framgår att "det åligger nämnderna att årligen rapportera sin uppföljningsplan till kommunstyrelsen". Modellen ska:

- ▶ säkerställa en god kvalitet på tjänsten,
- ▶ säkerställa en enhetlig bedömning vid auktorisation och val av sanktioner samt
- ▶ verka för en enhetlig, transparent och förutsägbar uppföljning.

Vår granskning visar att äldrenämnden inte har antagit någon uppföljningsplan för 2021. Kvalitet- och stödgruppen upprättade däremot en uppföljningsplan för 2021 den 30 maj 2021. Här framgår att samtliga anordnare behöver följas upp utifrån personalkontinuitet, personalens utbildningsnivå, beviljade statsbidrag samt eventuella inkomna synpunkter och klagomål. Planeringen av uppföljningarna föregås av riskanalyser, vilka påverkas av en rad faktorer. Enligt intervjuad tjänsteperson behöver risk alltid tas till kund och kopplas till myndighetens uppdrag och resurser. Det framgår inte med vilken frekvens detta ska ske.

Prioriterade anordnare för granskning är nya anordnare, anordnare med många kunder samt de anordnare där uppföljning inte skett utifrån tidigare plan.

Under 2020 genomfördes inga planerade kvalitetsgranskningar. Påkallade granskningar genomfördes när brister upptäcktes. Under 2021 har hittills (2021-11-17) inga planerade kvalitetsgranskningar genomförts, även om andra typer av uppföljningar görs kontinuerligt enligt intervjuade tjänstepersoner. Flera är planerade att genomföras under november och december uppger kvalitet- och stödgruppen. En anordnare är under granskning under skrivandets stund.

Anledningen till att uppföljningar har uteblivit uppges vara att utredningen Hemtjänst 2.0 innebar omfördelning av resurser från kvalitet- och stödenheten till att arbeta med utredningen. Vidare påtalar samtliga intervjuade att fullt fokus har varit att förhindra spridningen av Covid-19 bland de äldre i kommunen vilket uppges ha inneburit minskad möjlighet att bedriva planerad kvalitetsgranskning och uppföljning enligt plan. Det framkommer i intervjuerna att åren 2020 samt 2021 till stor del har präglats av pandemin. Utifrån riskbedömningar av smittläget och de utmaningar som äldreomsorgen har haft, har ställning tagits till hur kvalitetsarbetet fortsatt på bästa sätt kunde genomföras för att tillgodose kundens behov. Enligt intervjuad tjänsteperson har fokus - i takt med att anordnarna fått igång sitt eget kvalitetsarbete - legat på processkvalitet utifrån SOSFS 2011:9 då behovet av kvalitetsgranskningar har minskat. I framtiden beskrivs mer fokus vara på riktade och/eller tematiska granskningar.

### **3.2.1 Uppföljningen ska bestå av flera kompletterande delar**

Av genomförda intervjuer samt av granskade dokument, såsom den av äldreheten framtagna uppföljningsplanen för år 2021 samt processen för uppföljning i kvalitetsledningssystemet Stratsys, har vi fått en uppfattning av hur uppföljningen av hemtjänstens anordnare är tänkt att fungera vid ett vanligt år utan pandemi. Detta beskrivs i korthet nedan.

#### *Kundundersökningar*

Kundundersökningar genomförs med frågor om insatsernas kvalitet. Anordnarna redovisar sedan metoder för kundinflytande och kunduppföljningar samt resultat av dessa. För detta använder kvalitet- och stödgruppen Socialstyrelsens årliga kundundersökning. Ytterligare lokalt framtagna kundundersökningar användes inte. Under 2020 genomfördes ingen kundundersökning då den blev uppskjuten med samma anledning som tidigare har beskrivits.

#### *Individuppföljningar*

Biståndshandläggarna på myndigheten ska följa upp om den enskilde kundens mål med insatsen har uppnåtts och om kunden varit nöjd med insatsens genomförande. Individuppföljningar har inte genomförts systematiskt. Däremot genomförs, enligt intervjuad enhetschef, individuppföljningar av hemtjänstkunderna, men inte enligt de kvalitetskriterierna för systematisk individuppföljning. En anledning till att individuppföljningarna inte varit mer systematiska beror på att uppföljningsmodulen i verksamhetssystemet Pulsen Combine inte har fungerat på det sätt som var tänkt.

De intervjuade uppger att detta vid flertalet tillfällen har rapporterats till nämnd. Presidiet påtalar att de är högst medvetna om detta och att arbetet med individuppföljningen måste prioriteras och förbättras. Individuppföljningen framställs av presidiet som ett prioriterat område för att säkra kvalitetsuppföljningen och upptäcka eventuella brister såsom fusk och andra oegentligheter.

### *Kvalitetsgranskningar*

Kvalitetsgranskningar - eller fördjupade granskningar - av verksamheter ska vara en del av det systematiska kvalitetsarbetet. En kvalitetsgranskning ska bestå av besök i verksamheten där synpunkter inhämtas från kunder och eventuellt från närstående.

En checklista med frågor finns framtagen för granskningen. Frågorna avser bland annat följande områden: ledningssystem för kvalitet, dokumentation, bemanning, trygghet och säkerhet, bemötande, brukarinflytande samt samverkan och informationsöverföring. Resultatet sammanställs i rapporter för att möjliggöra analys. Som framkommit ovan har ingen kvalitetsgranskning skett under år 2021 och enbart ett fåtal under år 2020. Som nämnt tidigare har nämnden inte antagit en plan för denna typ av uppföljning.

### *Särskilt riktade uppföljningar*

Särskilt riktade uppföljningar beskrivs som en sorts kvalitetsgranskningar och genomförs efter beslut i enhetsledningen. De kan rikta sig mot en hel grupp av verksamheter eller en särskild aspekt inom en eller flera verksamheter. Orsaken kan bland annat vara behov av ytterligare kunskap om brister som uppmärksammats av förtroendevalda eller chefer.

### *Påkallade granskningar*

Om en kund, anhörig eller handläggare påkallar kvalitet- och stödgruppens uppmärksamhet om allvarliga missförhållanden gör enheten en granskning hos anordnaren av de brister som framkommit. Granskningens omfattning avgörs utifrån vad som inträffat. Allvarliga klagomål på en verksamhet kan efter beslut fattat av gruppchef vid kvalitet- och stödgruppen efter en samlad bedömning, leda till en fullständig kvalitetsgranskning. Av vad som framkommit i granskningen har denna typ av uppföljning skett vid enstaka tillfällen under 2020, men inte under 2021.

### *Uppföljning av tidigare granskningar*

Kvalitetsbrister som framkommit vid granskningar ska följas upp. Bristerna kan resultera i krav på åtgärder, vari anordnaren då ska presentera en åtgärdsplan som godkänns av kvalitet- och stödgruppen. När planen har genomförts och avrapporterats följs detta upp. Vid omfattande kvalitetsbrister genomförs uppföljningen med besök i verksamheten. Uppföljande granskningar har inte skett under 2020 eller 2021.

### *Övrig uppföljning*

En del i uppföljningen av extern verksamhet är att granska ekonomiska förutsättningar. Exempelvis sker uppföljning av formella krav genom att kommunens ekonomisystem bevakar att företagen sköter sina skatter och avgifter. Vidare följer handläggarna upp beställda och fakturerade tjänster genom att månadsvis stämma av utförarnas fakturerade tid i förhållande till beslutad tid.

## **3.3. Synpunkter och klagomål**

En väsentlig del i det systematiska kvalitetsarbetet är att möjliggöra samt hantera inkomna synpunkter och klagomål. Synpunkter och klagomål utgör således en viktig informationskanal för kommunen i uppföljningen av anordnare. I mars 2020 infördes en ny process för avvikelshantering, synpunkter och klagomål. Detta har resulterat i många fler registrerade klagomål och synpunkter under 2020, vilket enligt uppgift har lett till ett bättre underlag till det systematiska kvalitetsarbetet.

I auktorisationsvillkoren finns krav på att anordnaren ska ha rutiner för hantering av synpunkter, klagomål, fel, brister och avvikelser. Vidare finns krav på anordnaren att rapportera allvarliga klagomål, fel, brister och avvikelser till kommunen samt redovisa åtgärdsplaner kopplade till allvarliga klagomål, fel, brister och avvikelser. Kommunen bjuder in till möten, seminarier och utbildningar i syfte att skapa ett förtroendefullt samarbete med anordnarna för att utveckla välfärden för Nackaborna. Vissa av dessa

möten kan vara obligatoriska för anordnaren att delta i. Det framgår av inbjudan om det är obligatorisk närvaro. I dessa möten framkommer anordnarnas synpunkter och bidrar enligt de intervjuade också till framtagandet av auktorisationsvillkoren.

### 3.4. Återrapportering

Som tidigare har beskrivits så har inga kvalitetsgranskningar genomförts under 2021 hittills (2021-11-17). Flera är planerade att genomföras under november och december uppger kvalitet- och stödgruppen. En anordnare är under granskning just nu. Dock har andra olika typer av uppföljningar gjorts, däribland avtalsuppföljning samt månadsvisa uppföljningar av data ut tidsregistreringssystemet Phoniro. Följande aktiviteter avseende hemtjänst protokollfördes under 2021.

Sammanträde	Delårsbokslut	Årsrapport	Avtalsuppföljning	Övrigt
2021-02-17		Årsredovisning 2020		Kvalitetsberättelse 2020 Resultat från uppföljning av internkontrollplan 2020
2021-03-31				Äldrenämndens kvalitetsplan 2021
2021-04-28				Språksatsning för personal inom äldreomsorg
2021-05-26	Tertialrapport 1			Politikerinitiativ - Inför nya morötter för att höja kvaliteten i äldreomsorgen
2021-06-16				Delegering av hälso- och sjukvårdsuppdrag till hemtjänstanordnare i Nacka Implementering av reviderat reglemente för kundval
2021-08-25				
2021-09-29	Tertialrapport 2			Äldrenämndens mål och budget 2022-2024
2021-10-27				Revidering av specifika villkor och sanktion i kundvalet hemtjänst, ledsagning och avlösning

I kvalitetsberättelsen för 2020 uppges att kvalitet och uppföljningsenhetens arbete med att öka mängden registrerade synpunkter, klagomål och interna avvikelser har resulterat i att enheten har fått ett bättre underlag till det systematiska kvalitetsarbetet. Klagomål och avvikelser i handläggningen och hos anordnare/utförare har hanterats omgående vilket motverkar allvarliga brister som riskerar att påverka kunden. Trots många fler registreringar i jämförelse med föregående år har enheten inte haft någon allvarlig avvikelse som föranledde anmälan om Lex Sarah. Socialstyrelsens brukarundersökning visar även att kundnöjdheten har ökat. De brister som identifierades är främst kopplat till samordning, individuppföljning och ofrivillig ensamhet.

Samtliga anordnare följs årligen upp med en uppföljningsenkät som de själva besvarar. Av kvalitetsrapporten för år 2020 framkommer att utförarna bedömer att kvaliteten i deras verksamheter sammantaget är god och att de uppfyller avtalsvillkoren.

I och med att inga kvalitetsuppföljningar av hemtjänstanordnarna genomfördes kunde inga resultat presenteras i kvalitetsberättelsen för år 2020.

I tertialrapport 1 redovisas att kommunfullmäktiges första uppdrag i mål och budget 2021-2023, att införa en ekonomisk bonus till hemtjänstanordnarna för att stimulera god kvalitet i äldreomsorgen, är införd med kompensation om 4 kr per utförd hemtjänsttimme

om anordnaren når en kontinuitet om 9,5 unika personer under en tvåveckorsperiod. Avseende kommunfullmäktiges andra uppdrag, att ta initiativ för att förbättra språkkunskaperna i svenska hos personal i äldreomsorgen, har enheten skrivit fram ett förslag för språkutbildning och språkbud till framtidsfonderna och hoppas på tilldelning.<sup>2</sup> I övrigt rapporteras att hemtjänstavgiften i januari höjdes från 150 till 300 kronor utifrån resultatet av utredningen "Hemtjänst 2.0". I tertiärrapport 2 redovisas att det inom hemtjänstkundvalet under perioden har tillkommit flera nya anordnare och att det nu finns 19 auktoriserade anordnare av hemtjänst i kommunen. En orsak till ökningen beskrivs vara att Värmdö har genomfört en upphandling av hemtjänst och därför avslutat sitt hemtjänstkundval, vilket för att dessa anordnare ansökt till Nacka. Angående bonusen som infördes vid årsskiftet rapporteras att det under den andra tertiälens fyra månader ses en successiv försämring från 10,2 till 10,9 unika personer per månad under maj till juni. Av 19 anordnare var fyra nya och ingick därför inte. Av de övriga 15 anordnarna fick 10 kontinuitetsbonus. Bland de anordnare som inte uppnådde bonus finns de 5 största företagen som har från 171 till 242 kunder.

Utöver rapporteringen i de två delårsrapporterna samt kvalitetsberättelsen beskriver både intervjuade tjänstepersoner och presidiet att kvalitet- och stödgruppen deltar vid samtliga nämndsammanträden. Där presenteras bland annat genomförda utredningar, granskningsrapporter, Lex Sarah, Lex Maria, antalet nya anordnare, pågående granskningar etc.

En väsentlig del i kundvalssystemet är nämndens möjlighet att avauktorisera anordnare. Sedan 2017 har äldrenämnden varit involverade i 17 processer för avauktorisering av hemtjänstanordnare. 13 av dessa har varit på egen begäran, varav två då kvalitetsbrister förekommit. Fyra avauktoriseringar har föranletts av allvarliga brister i förhållande till auktorisationsvillkor. Vid eventuella avauktoriseringar kräver nämnden ett mycket omfattande underlag. En avauktorisering beskrivs vara en lång process. Presidiet vittnar om att återrapporteringen är välfungerande.

### **3.5. Fusk och oegentligheter framställs som ett särskilt riskområde**

Sedan LOV infördes i Sverige 2009 har iakttagelser gjorts som pekar på att hemtjänsten tycks vara en bransch där fusk och oegentligheter förekommer i relativt omfattande utsträckning.<sup>3</sup> Nacka kommun är inget undantag och sedan kundval infördes i hemtjänsten 1992 har det skett flera rapporteringar av fusk och oegentligheter som resulterat i avauktoriseringar av anordnare. Samtliga intervjuade tjänstepersoner lyfter fram området som ett särskilt utsatt riskområde som framgent behöver prioriteras. Samma slutsatser presenteras likaledes i utredningen Hemtjänst 2.0.

Rapporten Hemtjänst 2.0 påpekar bland annat att det i Nacka främst har handlat om problem med felaktiga registreringar i tidsregistreringssystemet och ekonomiska oegentligheter. Dessa räknas som en allvarlig felaktighet enligt auktorisationsvillkoren för kundvalet eftersom det påverkar den ersättning kommunen betalar ut till företaget, samt den avgift som varje kund betalar. Brister i anordnarnas verksamheter och indikationer på oegentligheter har föranlett att uppföljningar genomförts på förekommen anledning.

Vid kvalitetsuppföljningar och påkallade granskningar har det bland annat framkommit att det hos vissa anordnare finns kunder som har uppenbart felaktiga beställningar. Anordnarna har då inte återkopplat till biståndshandläggaren att kunden inte har behov av

---

<sup>2</sup> Beslut om tilldelning togs av kommunstyrelsen i juni.

<sup>3</sup> Se bl.a. [Motverka fusk och oegentligheter | SKR](#)



så mycket hjälp utan fakturerar kommunen utifrån beställningen. Flera anordnare har avauktoriseras på grund av detta. Arbetet med att motverka eventuella oegentligheter bland utförarna lyfts fram som ett resurskrävande arbete som skulle kräva ytterligare resurser och nära samverkan med andra enheter inom kommunen, som exempelvis juridik- och kanslienheten samt inköpsenheten påtalar en tjänsteperson.

## 4. Granskning av äldre nämndens kvalitetskrav

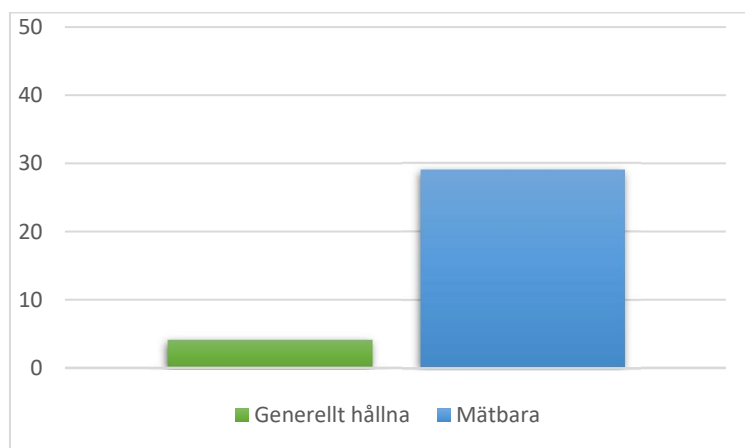
Vår granskning av kvalitetskraven utgår från kravens uppföljningsbarhet. Som tidigare beskrivits delas kraven upp i kategorierna *generellt hållna* och *mätbara*, för att sedan ytterligare kategorisera de som effektkrav eller inte.

### 4.1. Auktorisationsvillkor för hemtjänst, ledsagning och avlösning

Auktorisationsvillkoret innehåller sammanlagt 33 kravställningar. Kravställningarna är indelade i följande områden:

- ▶ ekonomisk ställning,
- ▶ lokaler,
- ▶ verksamhetens ledning,
- ▶ systematiskt kvalitetsarbete,
- ▶ uppföljning,
- ▶ personal,
- ▶ skyldighet att ta emot kunder samt
- ▶ övriga krav.

Av samtliga 33 krav bedömer vi att fyra kan tolkas som generellt hållna krav och 29 som mätbara krav. Enligt vår bedömning kan inget av kraven i auktorisationsvillkoret definieras som ett effektkrav. Intervjuad enhetschef uppger att verksamheten använder andra styrmedel för att nå effektmålen, som t.ex. prestationsbaserad ersättning när god kontinuitet uppnås.



I auktorisationsvillkoren finns flera goda exempel på kravformuleringar. Vaga begrepp såsom att anordnaren ska "ha som målsättning" att göra något eller att någonting ska göras "regelbundet" eller "kontinuerligt" förekommer inte. Istället specificeras ofta de olika kravställningarna i de specifika auktorisationsvillkoren. Nedan följer ett antal exempel på kravställningar som har direkt bäring på kvalitet i hemtjänsten samt möjliggör för uppföljning:

- ▶ Anordnaren ska redovisa hur de statliga och/eller kommunala målen för verksamheten ska nås.

- ▶ Anordnaren ska ha rutiner för hantering av synpunkter, klagomål, fel, brister och avvikelser.
- ▶ Kommunen ska ha rätt till insyn i verksamheten för uppföljning och utvärdering. I detta ingår att kommunen ska få del av handlingar som kommunen efterfrågar. Anordnaren ska delta i den uppföljning som kommunen genomför.

Ytterligare exempel på mätbara kvalitetskrav är det om kompetens hos verksamhetens ledning, som ska ha "adekvat kompetens". I det specifika auktorisationsvillkoret specificeras vad adekvat kompetens omfattar med konkreta och mätbara krav. Det finns två krav bland de generella och specifika auktorisationsvillkoren med koppling till språklig kompetens och utbildningsnivå samt av vårdkompetens. De presenteras i sin helhet i bilaga 3.

I jämförelse med tidigare rapporter och liknande granskningar är det förhållandevis många mätbara krav men däremot ovanligt få kravställningar. Detta är även något vi noterar under intervjuer där flertalet tjänstemännen vittnar om en önskan att ställa högre och fler krav. Vi noterar att det vid nämndsammanträdet den 27/10-2021 antogs förslag på nya auktorisationsvillkor som börjar gälla den 1 december 2021. Revideringen av de nya auktorisationsvillkoren har tagit fasta på flera av de förslag som presenterades i utredningsrapporten "Hemtjänst 2.0". Ändringarna i de specifika villkoren är till stor del förtydliganden av gällande villkor som anordnarna idag uppfyller. Större ändringen i de specifika villkoren är bland annat:

- ▶ Kravet på andelen utbildad personal ökar från 50 till 60 procent från första oktober 2022
- ▶ Alla kunder med beslut om inköp har rätt att få hjälp med digitala inköp
- ▶ Alla kunder ska ha en utsedd fast omsorgskontakt (kontaktperson)
- ▶ Krav på att använda auktoriserad tolk vid behov vid upprättande och uppföljning av genomförandeplan
- ▶ Det kommer vara valfritt för alla anordnare som inte har kapacitetstak att vara med som ickevalsalternativ eller inte

Kundvalet kommer att använda alla fyra möjliga sanktioner; åtgärdsplan, varning, vite och avauktorisering. Val av sanktion kommer att väljas utifrån bristen, om det rör brist i en eller flera villkor samt om det rör enstaka eller upprepade brister.

## 5. Bedömning

Granskningen visar att äldrenämnden kravställer kvalitet genom de auktorisationsvillkor som utgör underlag för godkännande av anordnare av hemtjänst. Då en anordnare uppfyller kraven sluts ett avtal. Av 33 krav bedömer vi att 29 av dessa är mätbara. Kraven är huvudsakligen utförliga och tydliga vilket utgör en god grund för uppföljning och insyn. Vi konstaterar att ett av kraven innebär att anordnaren ska möjliggöra för kommunen att få insyn i verksamheten för uppföljning och utvärdering. Detta bedöms som positivt. Med hänvisning till den stora andelen mätbara och tydligt formulerade krav bedömer vi de som ändamålsenliga i och med att de är uppföljningsbara.

Vi noterar dock att det inte förekommer något så kallat effektkrav, det vill säga krav som avser resultatet av insatser snarare än hur insatserna genomförs. För att ytterligare stärka ändamålsenligheten bland kvalitetskraven bedömer vi att fler krav bör vara av karaktären effektkrav i och med att det anses vara det främsta kvalitetskriteriet enligt det forskningsbaserade ramverk som utgör våra bedömningskriterier.

Granskningen visar dock att det pågår ett arbete med att utöka antalet krav samt höja

kvalitetskraven inom vissa områden. Detta genom det av äldrenämnden antagna förslaget på nya auktorisationsvillkor som börjar gälla den 1 december 2021. Vi kan dock konstatera att de huvudsakliga förändringarna i auktorisationsvillkoret inte är av karaktären effektkrav.

Det finns ett antal krav kopplade till språklig kompetens och utbildningsnivå. Kravet att behärska det svenska språket i tal och skrift bedöms inte vara uppföljningsbart då verksamheten inte har definierat vad som är kravet för att en person anses "behärska" språket. Vi noterar att initiativ i syfte att förbättra språkkunskaper har tagits. Nämnden bör dock se över uppföljningsbarheten i de krav som avser språklig kompetens. Kraven avseende utbildningsnivå och vårdkompetens är mätbara och bedöms ändamålsenliga. De bedöms utgöra en god grund för uppföljning.

Kundvalet innefattar en möjlighet att välja språkliga preferenser för personal som utför vården. Detta sker i kommunens digitala portal för jämförande av anordnare av hemtjänst, ledsagning och avlösning, Jämföraren. Av vad som framkommer i granskningen bedömer vi att äldrenämnden genom Jämföraren, möjliggjort för brukare att på ett ändamålsenligt sätt kunna göra aktiva val. Inom ramen för granskningen har vi dock inte kunnat se i vilken utsträckning brukare använder just språklig kompetens som parameter för val eller byte av anordnare.

Vi kan konstatera att det finns mål uppsatta på övergripande nivå för kvalitet inom hemtjänsten. Målen fastställs i övergripande styrdokument såsom mål och budget, samt vidareutvecklas i äldrenämndens kvalitetsplan. Vi bedömer detta som positivt och kan konstatera att det är tydligt definierat vad kvalitet inom hemtjänsten i Nacka kommun innebär. Nämnden följer kontinuerligt upp målen genom tertialrapporter. Dessutom deltar företrädare för kvalitet- och stödgruppen kontinuerligt vid nämndens sammanträden. Vår bedömning är att systemet för måluppföljning av kvalitetsmål på övergripande nivå är ändamålsenligt.

Av vad som framkommit i granskningen är vår bedömning att nämnden fullt ut inte har en tillräcklig uppföljning av privata anordnare av hemtjänst. Bedömningen grundar sig i att nämnden inte har beslutat om en årlig uppföljningsplan för anordnare enligt reglemente för kundval. Vi konstaterar dock att det av verksamheten arbetats fram en sådan plan, såväl som interna processkartor, men att det hittills i år inte genomförts några kvalitetsuppföljningar, dels på grund av pandemin, dels på grund av pågående utvecklingsarbete. Flera intervjuade uppger att det saknas resurser för att genomföra kvalitetsuppföljningar i önskad utsträckning. Vi har förståelse för att pandemin har påverkat förutsättningarna för kvalitetsuppföljning under 2020-2021. Vi menar dock att nämnden snarast bör vidta åtgärder för att säkerställa en tillräcklig och ändamålsenlig uppföljning av hemtjänstens anordnare framgent. Det framkommer även att uppföljning på individnivå av utförda hemtjänstinsatser har varit eftersatt. Nämnden bör därför även vidta åtgärder för att säkerställa att hemtjänstens insatser följs upp på individnivå då detta är ett bristområde som lyfts av flertalet intervjuade under granskningen.

Vi kan konstatera att avauktoriseringer har skett tidigare år med anledning av vad kvalitetsuppföljningar har visat. Avauktoriseringer med anledning av uppvisade kvalitetsbrister i verksamheten har inte skett under år 2021.

Enligt vår bedömning finns ett ändamålsenligt system för hantering av synpunkter och klagomål. I mars 2020 infördes en ny process för avvikelshantering, synpunkter och klagomål. Detta har resulterat en ökning i antalet registrerade klagomål och synpunkter vilket blir en del av underlaget till det systematiska kvalitetsarbetet. I

auktorisationsvillkoret finns krav på anordnaren att rapportera allvarliga klagomål, fel, brister och avvikelser till kommunen samt redovisa åtgärdsplaner kopplade till allvarliga klagomål, fel, brister och avvikelser.

## 6. Svar på revisionsfrågor

Fråga	Svar
<p>I vilken utsträckning har nämnden i avtal med utförare ställt ändamålsenliga krav på kvalitet och försäkrat sig om möjlighet till insyn och uppföljning?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Finns krav kopplade till språklig kompetens och utbildningsnivå?</li> <li>▶ Finns krav på vårdkompetens?</li> </ul>	<p>Granskningen visar att äldrenämnden kravställer kvalitet genom de auktorisationsvillkor som är underlag för godkännande av hemtjänst. Avtal sluts om anordnaren uppfyller kraven. Av 33 krav bedömer vi att 29 är mätbara. De är huvudsakligen utförliga och tydliga, vilket medger uppföljning och insyn. Vi konstaterar att ett av kraven innebär att anordnaren ska möjliggöra för kommunen att få insyn i verksamheten för uppföljning och utvärdering. Detta bedöms som positivt. Med hänvisning till den stora andelen mätbara och tydligt formulerade krav bedömer vi de som ändamålsenliga i och med att de är uppföljningsbara. Vi noterar dock att det inte förekommer något så kallat effektkrav, det vill säga krav som avser resultatet av insatser snarare än hur insatserna genomförs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ja. Krav kopplat till utbildningsnivå bedöms vara mätbara och uppföljningsbara. Kravet att behärska det svenska språket i tal och skrift bedöms dock inte vara uppföljningsbart.</li> <li>▶ Ja. Det bedöms vara mätbart och uppföljningsbart.</li> </ul>
<p>Innefattar kundvalet en möjlighet att välja språkliga preferenser för personal som utför vården?</p>	<p>Ja. Kundvalet innefattar en möjlighet att välja språkliga preferenser för personal som utför vården. Detta sker i kommunens digitala port för jämförande av anordnare av hemtjänst, ledsagning och avlösning, Jämföraren. Av vad som framkommer i granskningen bedömer vi äldrenämnden, genom Jämföraren, möjliggjort för brukare att på ett ändamålsenligt sätt kunna göra aktiva val. Men vi har inte i granskningen kunnat se i vilken utsträckning brukaren använder just språklig kompetens som parameter för val eller byte av anordnare.</p>
<p>Hur ser processen ut för uppföljning och kontroll av uppställda mål på kvalitet? I vilken utsträckning är processen ändamålsenlig och komplett?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Är nämndens uppföljningsplan utformad i enlighet med fullmäktiges program för uppföljning? Tillämpas planen?</li> </ul>	<p>Det finns mål uppsatta på övergripande nivå för kvalitet inom hemtjänsten. Målen fastställs i övergripande styrdokument såsom mål och budget samt vidareutvecklas i äldrenämndens kvalitetsplan. Vi ser detta som positivt och kan konstatera att det är tydligt definierat vad kvalitet inom hemtjänsten innebär. Vår bedömning är att systemet för måluppföljning av kvalitetsmål på övergripande nivå är ändamålsenlig.</p> <p>Men granskningen visar enligt vår bedömning att nämnden inte har haft en tillräcklig uppföljning av privata anordnare av hemtjänst. Bedömningen grundar sig i att nämnden inte har beslutat om en årlig uppföljningsplan för anordnare enligt reglementet för kundval. Vi konstaterar dock att det av verksamheten arbetats fram en sådan plan men att det hittills i år inte genomförts några kvalitetsuppföljningar. Flera intervjuade uppger att det saknas resurser för att genomföra uppföljningar i önskad utsträckning. Det framkommer även att uppföljning på individnivå av utförda hemtjänstinsatser inte har genomförts systematiskt.</p>
<p>Hur hanteras eventuella klagomål och synpunkter på</p>	<p>I mars 2020 infördes en ny process för avvikelshantering, synpunkter och klagomål. Detta resulterade i en ökning av antalet registrerade klagomål och synpunkter, vilket blir en del</p>

<p>externa utförare? I vilken utsträckning kan hanteringen bedömas som ändamålsenlig?</p>	<p>av underlaget till det systematiska kvalitetsarbetet. I auktorisationsvillkoret finns krav på anordnaren att rapportera allvarliga klagomål, fel och brister och avvikelser till kommunen samt redovisa åtgärdsplaner kopplade till dessa. Vi bedömer att systemet för hantering av synpunkter och klagomål är ändamålsenligt.</p>
<p>Sker det en kontinuerlig och tillräcklig återrapportering till nämnden? I vilken utsträckning och hur vidtar nämnden åtgärder vid avvikelser från avtalen?</p>	<p>Ja. Nämnden följer kontinuerligt upp de övergripande kvalitetsmålen genom tertialrapporter samt genom den årliga kvalitetsberättelsen. Dessutom deltar företrädare för kvalitet- och stödgruppen kontinuerligt vid nämndens sammanträden.</p> <p>Vi kan konstatera att avauktioner har skett tidigare åt med anledning av vad kvalitetsuppföljningar har visat. Avauktioner med anledning av uppvisade kvalitetsbrister i verksamheten har inte skett under år 2021.</p>

Nacka den 24 november 2021.

Caroline Trowald  
EY

David Leinsköld  
EY

## Bilaga 1 Källförteckning

### Medverkande

- ▶ Enhetschef för äldreheten
- ▶ Gruppchef för kvalitet och stöd på äldreheten
- ▶ Kvalitetsutvecklare auktorisation på äldreheten
- ▶ Kvalitetsutvecklare uppföljning på äldreheten
- ▶ Ordförande äldrenämnden
- ▶ 1:e vice ordförande äldrenämnden

### Underlag

- ▶ Almega, Vårdföretagarna, Friskolornas riksförbund, Svenskt Näringsliv (2013). *Stora möjligheter att stärka kvaliteten i äldreomsorgen genom bättre upphandlingar - hur värderar kommuner kvalitet vid upphandling av särskilt boende?*
- ▶ Almqvist, R. (2001). *Management by Contract: A study of programmatic and technological aspects.*
- ▶ Avauktorisering av anordnare i kundvalet hemtjänst, ledsagning och avlösning; Assistans & hemtjänst Stockholm AB (ÄLN 2018/95).
- ▶ Avauktorisering, anordnare inom kundvalet hemtjänst, ledsagning och avlösning Ideal Vård och Service AB (ÄLN 2018/15).
- ▶ Villkor för att vara godkänd anordnare av hemtjänst, ledsagning och avlösning (Auktorisationsvillkor ÄLN 2018/60).
- ▶ Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. Vol 83, N. 4, s. 691-729.
- ▶ Hemtjänst 2.0 (ÄLN 2019/80).
- ▶ Isaksson, David. (2012). *Som man frågar får man svar - vilka kvalitetskrav ställer kommuner vid upphandling av äldreboenden?* Uppsala Universitet.
- ▶ Mål och budget 2021-2023
- ▶ Program för utförare
- ▶ Reglemente för kundval (KFKS 2020/864)
- ▶ Riktlinje: Ledningssystem för god kvalitet
- ▶ Riktlinje: Uppföljning och granskning av upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet inom socialtjänsten (ÄLN 2015/207-730)
- ▶ Uppföljningsenkät 2020
- ▶ Uppföljningsplan 2021 för uppföljning av anordnare inom hemtjänst, ledsagning och avlösning (ÄLN 2021-05-30).
- ▶ Uppföljning av anordnare inom kundvalet hemtjänst, ledsagning och avlösning, Annelies Hemtjänstteam AB (ÄLN 2015/120-732).
- ▶ SOU 2013:53. Privata utförare - kontroll och insyn.
- ▶ SOU 2018:48. *En lärande tillsyn: Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg.*
- ▶ Statskontoret (2012). *Tänk till om tillsynen.*
- ▶ Strategi för hälsosamt åldrande (ÄLN 2015/241-012-11).
- ▶ Äldrenämnden, Kvalitetsberättelse 2020
- ▶ Äldrenämnden, Kvalitetsplan 2021
- ▶ Äldrenämnden, Tertialbokslut 1 2021
- ▶ Äldrenämnden, Tertialbokslut 2 2021

## Bilaga 2 Utgångspunkter för granskningen

### Möjligheten till uppföljning är betingad formuleringen av kvalitetskrav

Enligt kommunallagen får kommuner, utifrån de begränsningar som framgår av lag, överlämna skötseln av kommunala angelägenheter till privata utförare. När skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen kontrollera och följa upp verksamheten. Kommunen ska också genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnats över. I kommunallagen anges inte i detalj hur kontrollen och uppföljningen av överlämnad verksamhet ska bedrivas. Nämnder har således stor möjlighet att fritt anpassa uppföljningen utifrån lokala förutsättningar och den verksamhet som ska kontrolleras.

I SOU 2013:53, *Privata utförare - kontroll och insyn*,<sup>4</sup> konstateras att en förutsättning för avtalsuppföljning är dels att det finns en organisation och struktur för att följa upp verksamheten, dels att kraven på utföraren är tydligt specificerade i förfrågningsunderlaget. Enligt utredningens mening är det av central betydelse att nämnderna formulerar klara och uppföljningsbara mål i sina förfrågningsunderlag när verksamheter upphandlas. Det är viktigt både för att verksamheterna ska ha den kvalitet som efterfrågats, men också för att fullmäktiges prioriteringar ska få genomslag när de enskilda nämnderna genomför upphandlingarna. Diffusa och otydliga mål riskerar att medföra att nämnderna inte fullgör fullmäktiges prioriteringar.

Tidigare utredningar har visat på brister i formuleringen i de krav som kommuner ställer på privata utförare. Riksrevisionen fann bland annat i RiR 2008:21, *Statens styrning av kvalitet i privat äldreomsorg*, att var tredje kommun inte ställer krav på verksamhetsledningens kompetens och att få krav är formulerade som effektkrav, det vill säga att utföraren ska uppnå ett visst resultat. Vidare har undersökningar visat att kravens uppföljningsbarhet många gånger är bristande. I en undersökning<sup>5</sup> bedömdes 23 procent av analyserade krav på utförare av äldreboende vara ej uppföljningsbara och i en annan studie<sup>6</sup> framkom att mellan 40-50 procent av skall-kraven inte var möjliga att följa upp

### Kvalitetskraven analyseras utifrån forskningsbaserat ramverk

För att analysera huruvida kraven på privata utförare är uppföljningsbara, används delar av de metodologiska ramverk som presenteras i forskningsartiklarna *Privatization of social care delivery - how can contracts be specified?* och *Management by Contract - a study of programmatic and technological aspects*. Artiklarna tillhör det forskningsfält som kan benämnas som kontraktforskning, där stor uppmärksamhet ägnats åt hur myndigheter kan vidmakthålla kontroll över innehåll och kvalitet i offentliga angelägenheter som överlämnats till externa utförare samt hur kontrakt kan utformas för att skapa ändamålsenliga incitament för utförarna. Svårigheten för uppdragsgivaren i en kontraktssituation ligger ofta i att säkerställa att avtalad kvalitet och innehåll faktiskt utförs. Ett sätt att försäkra sig om detta är genom att formulera kvalitetsvillkor som är tydliga och enkla att följa upp. Att kvalitetsvillkoren är tydliga är en förutsättning för att

---

<sup>4</sup> SOU 2013:53, *Privata utförare - kontroll och insyn*.

<sup>5</sup> Isaksson, David. (2012). *Som man frågar får man svar - vilka kvalitetskrav ställer kommuner vid upphandling av äldreboenden?* Uppsala universitet.

<sup>6</sup> Omega, Vårdföretagarna, Friskolornas riksförbund, Svenskt Näringsliv (2013). *Stora möjligheter att stärka kvaliteten i äldreomsorgen genom bättre upphandlingar - hur värderar kommuner kvalitet vid upphandling av särskilt boende?*

kunna utvärdera avtalsföljsamheten. Dessutom är risken att otydligt specificerade kvalitetskrav ökar incitamenten hos utföraren att frångå intentionerna i avtalet. Om uppdragsgivaren i en sådan situation är missnöjd med levererad kvalitet är även risken att det saknas tillräckliga juridiska förutsättningar för att häva avtalet. Forskningen har visat att denna typ av ofullständigheter i avtal är särskilt vanliga för sociala tjänster.

Forskningsartiklarna har byggt upp ramverk för att utvärdera kvalitetskravs uppföljningsbarhet. Vår granskning utgår från dessa ramverk när vi när vi besvarar frågan om i vilken utsträckning nämnden i avtal med utförare har ställt ändamålsenliga krav på kvalitet. Kvalitetskraven kan delas upp i två kategorier: *mätbara* och *generellt hållna*. Kvalitetskrav som betecknas som *generellt hållna* karaktäriseras av att de antingen är så vagt formulerade att det är omöjligt eller svårt att bestämma huruvida kravet är uppfyllt eller inte. Det kan exempelvis röra sig om krav som formulerats som att utföraren "ska sträva" efter ett särskilt värde, eller att "vården ska vara av god kvalitet". Andra kvalitetskrav som omfattas av denna kategori är de krav som visserligen går att följa upp, men där det råder osäkerhet kring utifrån vilka grunder som uppföljningen ska göras. Ett exempel är att "utföraren ska ha ingående kompetens och erfarenhet av målgruppen". Det är utifrån formuleringen otydligt vilka konkreta krav som ställs på utföraren och således hur kraven ska följas upp. *Mätbara* kvalitetskrav utmärks av att de definierar en gräns eller nivå för vad som ska uppnås. Ett exempel på ett sådant krav är att "personal ska ha minst 3 års erfarenhet av den verksamhet som anbudet avser". Uppdelningen kan mellan kategorierna kan sammanfattas enligt uppställningen nedan.

Generellt hållna	Mätbara
Vaga och svävande formuleringar	Definierar tydliga kriterier
Otydligt vad kraven innebär konkret	Kan ofta mätas på en skala

Vi är av uppfattningen, liksom artikelförfattarna, att det är olyckligt med kvalitetskrav som är så vagt formulerade att de blir icke uppföljningsbara och intetsägande. Vissa former av kvalitet är dock svår att formulera på ett uppföljningsbart sätt. Det är viktigt att ha i åtanke vid läsning av granskningens resultat.

Vidare kan både de generellt hållna som de mätbara kraven kategoriseras som *effektkrav*. Som nämndes tidigare är det få krav som är formulerade som effektkrav där utföraren ska uppnå ett visst resultat. Effekter avser resultaten av verksamhetens prestationer, exempelvis kundnöjdhet eller antal fallskador. Effektkriteriet brukar anses vara det främsta kvalitetskriteriet, men är också det som är svårast att hitta lämpliga mätmetoder för.

Avslutningsvis är det viktigt att lyfta upp bristerna med analysmodellen. För det första fångar inte modellen kravens relevans. Ett krav kan mycket väl vara formulerat på ett uppföljningsbart sätt utan att bidra till att säkerställa en hög kvalitet i utförarnas verksamhet. För det andra föreligger i vissa fall en delikat gränsdragningsproblematik kring kravens uppföljningsbarhet. När modellen ska omsättas i praktiken är det ibland svårt att avgöra vilken kategori som är mest tillämplig. Vi bedömer dock att denna problematik inte har en avgörande påverkan på granskningens slutsatser

## Uppföljningens organisation och planering ska vara strukturerad

Som konstaterades i SOU 2013:53 är inte enbart kravens tydlighet en avgörande faktor för kommunernas möjlighet till uppföljning - det måste också finnas en organisering och struktur för att följa upp verksamheten. Som tidigare nämnts finns inte angivet i lag eller förarbeten hur denna uppföljning ska bedrivas. Våra bedömningar kommer istället att utgå från Upphandlingsmyndighetens vägledning i avtalsförvaltning, Statskontorets rapport



*Tänk till om tillsynen* och Tillitsdelegationens delbetänkande om tillsyn.

Avtalsuppföljningen bör ses som en integrerad del av den övergripande inköpsprocessen. Det innebär att avtalsuppföljningen i praktiken inleds med framtagandet av förfrågningsunderlaget och de krav som ska ställas på leverantören. Parallellt med utformningen av förfrågningsunderlaget bör förvaltningen ta fram en preliminär uppföljningsplan. I framtagandet av förfrågningsunderlaget bör således både upphandlare, verksamhetssakkunniga och uppföljningsansvariga vara delaktiga. Härigenom blir det tydligt för inblandade att kravställningarna behöver anpassas både utifrån önskemål att ställa krav och möjligheten att sedan kunna följa upp dem.

I Upphandlingsutredningens enkät till upphandlande myndigheter svarade enbart 24 procent att kontrakten följs upp kontinuerligt. Ungefär 50 procent av de svarande upphandlande myndigheterna önskade att kunna följa upp kontrakten, men ansåg sig sakna tillräckliga resurser. Givet att det inte finns resurser för att kontinuerligt följa upp myndighetens avtal, blir det särskilt viktigt att genomföra en riskanalys för att kunna prioritera vilka avtal som ska följas upp och hur ofta. Riskerna i avtal bör prövas fortlöpande, men åtminstone en gång per år inför framtagandet av en uppföljningsplan bör en grundlig riskanalys genomföras.

Uppföljningsplanen utgör ett stöd i uppföljningen och bör innehålla information om vilka avtal som ska följas upp, vilka metoder som ska användas, när uppföljningen ska genomföras samt vem som är ansvarig. Det är väsentligt att det planeras och avsätts resurser för händelsestyrd uppföljning, det vill säga uppföljning som sker på förekommen anledning. Statskontorets utredning<sup>7</sup> visade att den planerade tillsynen ofta trängs undan av den händelsestyrda. En noggrann planering kan dock bidra till att förebygga att det inträffar. Däri ingår att på förhand avsätta resurser för behov av uppföljning som inte går att förutse och att formulera tydliga prioriteringar mellan ingångna avtal.

Genomförandet av uppföljningen bör ske i enlighet med uppföljningsplanen. För att effektivisera uppföljningen samt tillse att uppföljningsobjekten följs upp utifrån samma punkter och bedömningsgrunder är det till fördel om förvaltningen tagit fram standardiserade mallar. Om det inte finns ett absolut mått för att mäta om ett krav uppfylls eller inte är det väsentligt att det definieras på vilka grunder bedömningen av kravet kommer att göras. Som poängterats i Tillitsdelegationens delbetänkande om tillsyn,<sup>8</sup> förekommer emellertid vissa risker med den "checklistorienterade" uppföljningen. En allt för detaljfokuserad uppföljning kan förskjuta verksamheternas uppmärksamhet bort från brukares och anhörigas behov, till juridiska detaljfrågor med liten bäring på verksamhetens kvalitet. Det är därför viktigt att uppföljningen av specifika kravställningar kombineras med övergripande helhetsbedömningar som fångar de stora dragen i den bedrivna verksamheten. Dessa helhetsbedömningar bör vara fokuserade på intentionerna i lagstiftningen och lämna ett stort utrymme för inspektörerna att använda sitt professionella omdöme.

I avtalet bör det regleras hur avvikelser i utförandet ska hanteras. Det är av vikt att förvaltningen 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

---

<sup>7</sup> Statskontoret (2012). *Tänk till om tillsynen*.

<sup>8</sup> SOU 2018:48. *En lärande tillsyn: Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg*.

mindre allvarliga överträdelser, som utan proportionerliga ingripandemöjligheter riskerar att lämnas onoterade på grund av att man inte vill vidta en alltför ingripande åtgärd.

Avslutningsvis är det viktigt att hela uppföljningsprocessen dokumenteras och att resultaten rapporteras till nämnden och verksamheten. En strukturerad dokumentation är avgörande för att kunna styrka avvikelser i förhållande till avtalet vid en eventuell hävning av leverantören. En tydlig dokumentation är också nödvändig för att verksamheten ska kunna analysera brister och utvärdera upphandlingen.

### **Bilaga 3 Specifika auktorisationsvillkor**

Krav nummer	Generella auktorisationsvillkor	Specifika auktorisationsvillkor
<b>Verksamhetens ledning</b>		
13	Den som utövar den dagliga ledningen av verksamheten ska ha för arbetsuppgifterna och verksamhetens inriktning adekvat kompetens. Den som ansvarar för den dagliga ledningen av verksamheten ska ha för arbetsuppgifterna och verksamhetens inriktning adekvat kompetens. Om anordnaren avser att byta den som ansvarar för den dagliga ledningen av verksamheten ska detta anmälas till kommunen för godkännande.	<p>Adekvat kompetens för verksamhetsansvarig innebär minst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ motsvarande två års erfarenhet av arbete på heltid under de senaste sju åren inom omsorger om äldre eller personer med funktionsnedsättning,</li> <li>▸ motsvarande två års erfarenhet av arbetsledning på heltid samt</li> <li>▸ adekvat utbildning från högskola eller yrkeshögskola motsvarande minst två års heltidsstudier (högskoleutbildning minst 120 högskolepoäng alternativt yrkeshögskoleutbildning minst 400 yrkeshögskolepoäng).</li> </ul> <p>I de fall den dagliga ledningen utövas av någon annan än verksamhetsansvarig (exempelvis samordnare) ska den personen minst ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ motsvarande två års erfarenhet av arbete på heltid under de senaste sju åren inom omsorger om äldre och/eller personer med funktionsnedsättning samt</li> <li>▸ utbildning som är godkänd enligt villkoret för personalens utbildning eller utbildning som godkänns för verksamhetsansvarig</li> </ul> <p>Både verksamhetsansvarig och den som utövar daglig ledning ska behärska det svenska språket i tal och skrift. De ska förstå och kunna göra sig förstådda i kommunikation med kund och personal samt kunna dokumentera enligt lag. Eftergymnasiala utbildningar genomförda i ett annat land än Sverige ska valideras. Valideringen sker av Universitets- och Högskolerådet, UHR.</p> <p>Anordnaren ska anmäla vem som ersätter verksamhetsansvarig vid frånvaro längre än fyra veckor. Om verksamhetsansvarig är ledig längre än sex veckor måste den vikarierande verksamhetsansvarige bli godkänd av Nacka kommun. Verksamhetsansvarig eller den som utövar den dagliga ledningen ska finnas tillgänglig för kommunen och kunder vardagar klockan 08:00-16:00</p>
<b>Personal</b>		
24	Det ska senast när verksamheten startar finnas personal i sådan omfattning och med relevant utbildning och erfarenhet att statliga och/eller kommunala mål för verksamheten kan nås.	<p>Anordnaren är arbetsgivare för sin personal och svarar därmed för att anställnings- och arbetsmiljövillkor uppfylls enligt gällande lagstiftning. Anordnaren ska sträva efter att personalen uppfyller Socialstyrelsens Allmänna råd om Grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, SOSFS 2011:12 (S). Alla medarbetare ska behärska svenska så att de förstår och kan göra sig förstådda i kommunikation med kunden och arbetsgivaren. De ska också kunna dokumentera enligt lag. Vid uppföljning ska anordnaren redovisa hur de säkerställer att personalen behärskar det svenska språket. Minst 50 procent av personalen har godkänd utbildning. Med godkänd utbildning menas den utbildning som Socialstyrelsen rekommenderar: Personal som studerat vid vuxengymnasium ska ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ 1100 poäng i de programgemensamma kurserna samt</li> <li>▸ 300 poäng programfördjupning: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Äldreomsorg (200 p + 100 p)</li> <li>- Funktionsnedsättning (100 p + 100 p + 100 p)</li> <li>- Psykiatri (200 p + 100 p)</li> <li>- Akutsjukvård (Akutsjukvård 200 p + palliativ vård eller medicin 100p)</li> </ul> </li> </ul> <p>Personal som studerat vid ungdomsgymnasium ska ha ett slutbetyg från vård- och omsorgsprogrammet. Fyra terminer på sjuksköterskeprogrammet godkänns. Äldre utbildningar som godkänns är:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Omvårdnadsprogrammet, både ungdomsgymnasium och vuxengymnasium (1350 poäng (karaktärsämnen, gemensamma kurser omfattande 600-650 poäng plus valbara kurser om 600-750 poäng)</li> <li>▸ Äldre undersköterskeutbildning, 1000 poäng (32 veckor, 40 veckor, 31 veckors specialkurs, Hälso- och sjukvård kurskod 41325 06,</li> </ul>

		<p>Utbildning till skötare i psykiatrisk vård, Vårdinriktad kompletteringskurs)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Tvåårig vårdlinje, 1000 poäng</li> <li>▸ Mentalskötartutbildning, två eller tre terminer, 1000 poäng</li> <li>▸ Adekvat yrkeshögskoleexamen, godkänd av Myndigheten för yrkeshögskolan, 200 yrkeshögskolepoäng</li> </ul> <p>Andra utbildningar, även utbildningar genomförda i ett annat land än Sverige, kan valideras. Personal kan validera sin kompetens och kunskap hos en godkänd anordnare av vuxenutbildning i Nacka kommuns kundval. Anställning av anhöriga till kund och objektsanställningar är inte tillåtet inom hemtjänsten. Med anhörig menas den närmaste familjen (make, maka, sambo, barn, syskon, föräldrar och barnbarn samt deras makar, sambor och barn). Verksamhetens ledning och personal i verksamheten får inte vara legal företrädare för kund inom varken hemtjänst, ledsagning eller avlösning. Med legal företrädare avses god man, förvaltare eller företrädare via fullmakt.</p>
--	--	--

Till: Äldrenämnden

För kännedom: Kommunfullmäktige och Kommunstyrelsen

### Granskning av uppföljning och kvalitetskrav inom hemtjänsten

Vi revisorer har låtit EY genomföra en granskning med syftet att bedöma om äldrenämnden bedriver en tillräcklig uppföljning av anordnare av hemtjänst och om kvalitetskraven är ändamålsenliga. All hemtjänst i kommunen utförs av privata anordnare. Sammantaget gör vi bedömningen att äldrenämnden i stor utsträckning har säkerställt att kvalitetskraven i auktorisationsvillkoren är ändamålsenliga men att nämnden inte har bedrivit en tillräcklig uppföljning av anordnarna.

Granskningen visar att äldrenämnden kravställer kvalitet genom de auktorisationsvillkor som är underlag för godkännande av hemtjänst. Avtal sluts, om anordnaren uppfyller kraven. Av 33 krav bedömer vi att 29 är mätbara. De är huvudsakligen utförliga och tydliga, vilket medger uppföljning och insyn. I och med att den stora merparten är uppföljningsbara ser vi dem som ändamålsenliga.

Vi noterar dock att det inte förekommer så kallade effektkrav i auktorisationsvillkoren, det vill säga krav som avser resultatet av insatser snarare än hur insatserna genomförs. Granskningen visar att det pågår ett arbete med att utöka antalet krav samt höja kvalitetskraven inom vissa områden. Detta genom det av äldrenämnden antagna förslaget på nya auktorisationsvillkor som börjar gälla den 1 december 2021. Men vi konstaterar att de huvudsakliga förändringarna i auktorisationsvillkoret inte är av karaktären effektkrav.

Ett antal krav är kopplade till språklig kompetens och utbildningsnivå. Kravet att behärska det svenska språket i tal och skrift bedöms i granskningsrapporten inte vara uppföljningsbart då verksamheten inte har definierat vad som bedöms vara tillräckligt i sammanhanget. Vi menar att det bör följas upp, även om det är svårt. Kraven på utbildningsnivå och sjukvårdskompetens är mätbara och förefaller ändamålsenliga. De bedöms utgöra en god grund för uppföljning. Vidare innefattar kundvalet en möjlighet att välja språkliga preferenser för personal som utför vården. Detta sker i kommunens digitala portal för jämförande av anordnare av hemtjänst, ledsagning och avlösning, Jämföraren. Av vad som framkommer i granskningen bedömer vi att äldrenämnden, genom Jämföraren, möjliggjort för brukare att på ett ändamålsenligt sätt kunna göra aktiva val. Men vi har inte i granskningen kunnat se i vilken utsträckning brukaren använder just språklig kompetens som parameter för val eller byte av anordnare.

Vi kan konstatera att det finns mål uppsatta på övergripande nivå för kvalitet inom hemtjänsten. Målen fastställs i övergripande styrdokument såsom mål och budget samt i äldrenämndens kvalitetsplan. Vi ser detta som positivt och kan konstatera att det är tydligt definierat vad kvalitet inom hemtjänsten i kommunen innebär. Nämnden följer kontinuerligt upp målen genom tertialrapporter. Dessutom deltar företrädare för kvalitetsenheten kontinuerligt vid nämndens sammanträden. Vår bedömning är att systemet för måluppföljning av kvalitetsmål på övergripande nivå är ändamålsenlig.

Men granskningen visar enligt vår bedömning att nämnden brister i sina skyldigheter när det gäller uppföljning av anordnare av hemtjänst. Bedömningen grundar sig i att nämnden inte, enligt kommunens riktlinjer, har beslutat om en årlig uppföljningsplan för anordnare. Vi konstaterar dock att det av förvaltningen arbetats fram en sådan plan men att det hittills i år inte genomförts några uppföljningar. Flera intervjuade uppger att det saknas resurser för att

genomföra uppföljningar i önskad utsträckning. Det finns även en avsaknad av uppföljning på individnivå av utförda hemtjänstinsatser. Vi kan konstatera att avauktoriseringer har skett tidigare år med anledning av vad kvalitetsuppföljningar har visat. Avauktoriseringer med anledning av uppvisade kvalitetsbrister i verksamheten har inte skett under år 2021.

Systemet för hantering av synpunkter och klagomål förefaller ändamålsenligt. I mars 2020 infördes en ny process för avvikelshantering, synpunkter och klagomål. Detta har resulterat en ökning i antalet registrerade klagomål och synpunkter, vilket blir en del av underlaget till det systematiska kvalitetsarbetet. I auktorisationsvillkoret finns krav på anordnaren att rapportera allvarliga klagomål, fel, brister och avvikelser till kommunen samt redovisa åtgärdsplaner kopplade till dessa.

Vi rekommenderar äldrenämnden att:

- ▶ Se över möjligheten att i större utsträckning använda krav som avser effekter för kunden.
- ▶ Se över uppföljningsbarheten i de krav som avser språklig kompetens.
- ▶ Vidta åtgärder för att säkerställa en tillräcklig och ändamålsenlig uppföljning av hemtjänstens anordnare.
- ▶ Vidta åtgärder för att säkerställa att hemtjänstens insatser följs upp i tillräcklig utsträckning på individnivå.

Vi önskar äldrenämndens svar på våra rekommendationer senast 2022-02-25.

För revisorerna i Nacka kommun

  
Yvonne Wessman  
Ordförande

  
Lars Berglund  
Vice ordförande

Bilaga: Revisionsrapport 7/2021 Granskning av uppföljning och kvalitetskrav inom hemtjänsten

Beslut om verksamhetsbidrag  
2022 till Röda Korset  
Nackakretsen

14

ÄLN 2021/202

Äldrenämnden

## **Beslut om verksamhetsbidrag 2022 till Röda Korset Nackakretsen**

### **Förslag till beslut**

Äldrenämnden bifaller delvis ansökan om verksamhetsbidrag för 2022 till Röda Korset Nackakretsen organisationsnummer 814 000 - 4444 med 80 000 kronor. Verksamhetsbidragets användning ska redovisas skriftligen till äldrenämnden senast den 1 november 2022.

### **Sammanfattning**

Föreningen Röda Korset Nackakretsen med organisationsnummer 814 000 - 4444 har inkommit med en ansökan till äldrenämnden i Nacka kommun gällande verksamhetsbidrag om 120 000 kronor för 2022. Bidraget är tänkt att användas till lokalkostnader, sociala aktiviteter, inköp av utrustning och material till gruppaktiviteter inom handarbete. Den verksamhet som föreningen bedriver är särskilt viktig ur ett förebyggande och hälsofrämjande perspektiv för målgruppen äldre. Verksamheten och aktiviteterna syftar till att öka social samvaro, minska ofrivillig ensamhet och underlätta tillvaron i samband med coronapandemin. Förslaget är att äldrenämnden beviljar föreningen ett verksamhetsbidrag om totalt 80 000 kronor för 2022.

### **Ärendet**

Föreningen Röda Korset Nackakretsen med organisationsnummer 814 000 - 4444 har inkommit med en ansökan till äldrenämnden i Nacka kommun gällande verksamhetsbidrag om 120 000 kronor för 2022. Bidraget är tänkt att användas enligt nedan:

- 100 000 kr: Lokalkostnader för del av lokal. Avser främst mötesplatsen i Finntorp, Fredrik Jahns gränd 18b där äldre kan komma och ta en fika och mötas.
- 10 000 kr: Aktiviteter kopplat till umgänge, samhörighet och lärande samt kostnader för fika. Exempel på verksamhet är ”Torsdagsgrupp” med kvinnor som vårdat sina män i hemmet, handarbetsgrupp, julfika och utflykter.
- 8000 kr: Inköp av symaskin till handarbetsgruppen
- 2000 kr: Inköp av material till handarbetsgruppen

Totalt: 120 000 kr



Från äldrenämnden och socialnämnden har Röda Korset Nackakretsen ansökt om totalt 440 000 kronor för år 2022. Föreningen ansöker inte om några andra bidrag från Nacka kommun. Sammantaget och för båda nämnderna föreslås verksamhetsbidrag om 130 000 kronor för 2022. Detta är en ökning med 10 000 kronor i förhållande till vad föreningen beviljades i bidrag 2021.

Föreningen erhöll verksamhetsbidrag från äldrenämnden med 60 000 kronor för 2021 och 38 250 kronor för 2020.

### **Organisation och verksamhet**

Röda Korset är världens största humanitära nätverk. Röda Korset finns i 192 länder och är Sveriges största humanitära organisation med närvaro i flertalet kommuner, där den genom väl fungerande lokala föreningar driver den lokala verksamheten. Röda Korsets arbete styrs av deras grundprinciper, i dessa ingår bland annat humanitet, opartiskhet och frivillighet.

Röda Korsets krets i Nacka har cirka 1 000 medlemmar och frivilligarbetare. Föreningens arbete drivs helt och hållet på frivillig basis. Verksamheten hjälper, stöttar och erbjuder social samvaro till äldre. Föreningen har en mötesplats och driver second hand-butikerna i Finntorp och Orminge vilka har ett utbud till mycket förmånliga priser för den med knapp pension. Verksamheten erbjuder även möjlighet till olika aktiviteter för äldre i form av att bli läxhjälpare, arbeta i second hand-butik eller vara stöd på sjukhus med mera. Föreningen erbjuder även högläsning på äldreboenden samt utevistelse. Under pandemin har Röda korset på uppdrag av Myndigheten för samhällsberedskap från våren 2020 till sommaren 2021 erbjudit och utfört hjälp med inköp av mat och medicin till nackabor över 70 år. Röda korset deltar också tillsammans med Svenska kyrkan i samverkan med enheterna under socialnämnden, äldrenämnden och arbets- och etableringsnämnden.

### **Enhetens bedömning**

Föreningens verksamhet med inriktning mot äldres situation kopplat till social samvaro och ofrivillig ensamhet samt till coronapandemin bedöms som viktig ur ett förebyggande och hälsofrämjande perspektiv. Utifrån syftet med äldrenämndens verksamhetsbidrag för frivilligt socialt arbete är förslaget att äldrenämnden beviljar föreningen Röda korsets Nacka- krets ett verksamhetsbidrag om totalt 80 000 kronor för 2022.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Röda Korset i Nacka bedriver ett hälsofrämjande arbete som kan bidra till att en svår livssituation hindras eller minskar. Ett verksamhetsbidrag till Röda Korset i Nacka

innebär ekonomiskt stöd till förebyggande, stödgivande och hälsofrämjande insatser med koppling till äldrenämndens ansvarsområden.

### **Konsekvenser för barn**

Förslaget medför inte några konsekvenser för barn.

### **Handlingar i ärendet**

1. Ansökan om verksamhetsbidrag 2022
2. Redovisning av bidraget för 2021
3. Årsredovisning 2020
4. Verksamhetsberättelse 2021

Ellinor Egefors  
Enhetschef  
Äldreenheten

Gabriella Nyhäll  
Kvalitetsutvecklare  
Äldreenheten

## Ansökan om verksamhetsbidrag för frivilligt socialt arbete från äldre­nämnden

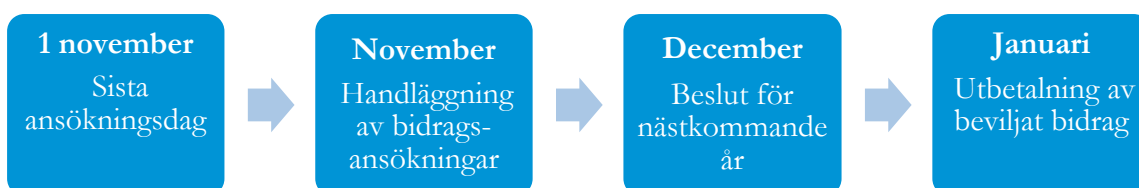
### Information om ansökningsprocessen

Ansökan ska innehålla nedanstående uppgifter och vara äldre­nämnden tillhanda senast den 1 november. Fyll i ansökan digitalt och e-posta den tillsammans med bilagor till: [KOS@nacka.se](mailto:KOS@nacka.se)

Ansökan ska vara inkommen i rätt tid, komplett ifylld och bifogad med nedanstående dokument för att handläggas:

- Senaste årets verksamhetsberättelse med ekonomisk redovisning
- Redovisning av eventuellt verksamhetsbidrag för innevarande år (sker på separat redovisningsblankett)

När vi har mottagit den kompletta ansökan e-postar vi en bekräftelse.



## Ansökan

Ansökan avser år:	2022
-------------------	------

## Uppgifter om föreningen

Föreningens namn	Röda korset Nackakretsen
Organisationsnummer	814000-4444
Besöksadress	Fredrik Jahngränd 18b
c/o adress	Klicka här och skriv c/o adress.
Utdelningsadress	Fredrik Jahngränd 18b
Postnummer	13136
Postort	Nacka
Telefon	0704827408
E-postadress	nacka@redcross.se
Hemsida	<a href="https://www.rodakorset.se/ort/stockholm/nacka-kommun/">https://www.rodakorset.se/ort/stockholm/nacka-kommun/</a>
Bankgiro/Plusgiro alternativt Bank + clearingnummer	Swedbank 832799143696483

och kontonummer	
Organisationsform	<input checked="" type="checkbox"/> Ideell förening <input type="checkbox"/> Stiftelse <input type="checkbox"/> Annan form: <a href="#">Klicka här och skriv vilken form.</a>

### Kontaktperson för ansökan från föreningen

Namn	Peter Rosell
Telefon dagtid	0704827408
Roll i föreningen	Ordförande
E-postadress	<a href="mailto:peter@panoramacompetence.se">peter@panoramacompetence.se</a> Peter.rosell@redcross.se
Bekräftelse	<input checked="" type="checkbox"/> Jag har läst och bekräftar att föreningen uppfyller de krav som ställs i äldregruppenens riktlinjer för verksamhetsbidrag.
Övriga kommentarer	<a href="#">Klicka här och skriv eventuella övriga kommentarer.</a>

### Kortfattad beskrivning av föreningen och hur den har koppling till äldregruppenens ansvarsområden

Vi bedriver med ca 70 volontärer hjälp och stöd till äldre samt erbjuder en mötesplats för de samma.

### Kortfattad beskrivning av föreningens koppling till äldregruppenens strategi för hälsosamt åldrande - Nacka en äldrevänlig kommun

Vi bedriver med ca 70 volontärer hjälp och stöd till äldre samt erbjuder en mötesplats för de samma. Second hand-butiken i Finntorp och Orminge erbjuder mycket billiga kläder och prylar för den med knapp pension och vi erbjuder även möjlighet för äldre att få en högst stimulerande aktivitet i form av att bli text läxhjälpare, arbeta i second hand-butik eller vara stöd på sjukhus mm. Vi har även

högläsning på äldreboenden där vi innan Corona även tog ut äldre då personal inte hann med i önskad omfattning.

### Information om föreningen

<b>Antal medlemmar i föreningen totalt</b>	Ca 1000
<b>Antal medlemmar i föreningen från Nacka</b>	Ca 1000
<b>Antal anställda i föreningen</b>	0
<b>Medlemsavgift per år</b>	250kr/år
<b>Målgrupp(er) som föreningen vänder sig till</b>	Äldre, nysvenskar, nyanlända, arbetslösa, de som står längst från arbetsmarknaden och andra utsatta (kan tex vara kvinnor och barn som tvingats fly sitt hem).
<b>Beskriv föreningens förankring i Nacka och tillgänglighet för nackabor</b>	Vi finns mycket utspritt över Nacka med normalt läxhjälp i Orminge, Finntorp och Saltsjö-Baden. Våra verksamheter finns inom många områden. Vi har kontakt med vårdcentraler (vid vaccinationer bla), sjukhus, barnvårdscentraler, bibliotek, flera SFI-skolor, seniorboenden, kommunens volontärsamordnare och POSOM grupp. Vi driver Hållplats NackaForum, samverkar med Rädda barnen och Boo hembygdsförening och Nacka Kommun Vatten & Avfall. Vi har en omfattande verksamhet med läxhjälp och sociala aktiviteter för äldre. Detta sker i vår egen lokal i Finntorp och på tre bibliotek.

<p><b>Beskriv hur föreningen arbetar för att engagera ideella krafter i sitt arbete</b></p>	<p>Vi har ständigt annonser ute på olika platser, vi har gott samarbete med lokaltidningarna som kostnadsfritt hjälper oss att annonsera då plats finns över. Vi har gjort utskick till samtliga nyblivna pensionärer i Nacka och delat ut information i samband med olika arbeten. På detta sätt söker vi både de som vill hjälpa oss att hjälpa och de som vill ta del av den verksamhet vi bedriver.</p>
---	---

## Ansökan

<p><b>Belopp som söks</b></p>	<p>120.000kr</p>
<p><b>Om er förening beviljas bidrag; beskriv vilka mål och ambitioner ni har för verksamheten</b></p>	<p>Vi kommer öka verksamhetstiden i Finntorp från 2 till 4 och sen 5 dagar per vecka under året. Vi tar nu in en ytterligare kraft till sy- och handarbetsgruppen och kommer även att utrusta gruppen med symaskin för att börja laga/lappa kläder. Denna verksamhet fylls helt och hållet med äldre som vill ha en mötesplats, aktivitet, sysselsättning och ingå i ett sammanhang.</p>
<p><b>Redovisa vilka kostnader verksamhetsbidraget ska användas till (exempel: seminarier xx kr, föreläsningssarvode xx kr)</b></p>	<p>Vi söker för 2022 från Äldrenämnden 100.000kr för en del av lokalen (total hyra 425.400 kr) som främst är för mötesplatsen där äldre kan komma och ta en fika och mötas. Lokalen är i Finntorp, Fredrik Jahns gränd 18b. 10.000 kr umgängespeng, samhörighet och berikande, fika och sömnad, bla för vår så kallade torsdagsgrupp (äldre damer som vårdat sina män i hemmet som träffas), en bättre julfika och utflykter så som Skansen. Även för att finansiera fika, julfika och en utflykt för handarbetsgruppen som består av en grupp äldre damer (möts varannan torsdag).</p>

	8000 kr för en symaskin till handarbetsgruppen. 2000 kr för material till handarbetsgruppen. Totalt: 120.000 kr
<b>Beskriv nyttan av föreningens verksamhet kopplat till äldrenämndens ansvarsområde</b>	Vi ger hjälp, stöd och socialsamvaro till äldre samt erbjuder en mötesplats för de samma. Second hand-butiken i Finntorp och Orminge erbjuder mycket billiga kläder och prylar för den med knapp pension och vi erbjuder även möjlighet för äldre att få en högst stimulerande aktivitet i form av att bli tex läxhjälpare, arbeta i second hand-butik eller vara stöd på sjukhus mm. Vi har även högläsning på äldreboenden där vi innan Corona även tog ut äldre då personal inte hann med i önskad omfattning.
<b>Beskriv hur uppföljning av resultaten och dess effekter mot uppställda mål kommer att ske</b>	Styrelsen kommer att presentera en verksamhetsplan för 2022 för stämman och som när den är beslutad följs upp kontinuerligt. Efter årets utgång har vi tre revisorer som följer upp vad vi sagt vi ska göra. Vi har gott samarbete och samverkan med främst kommunen och församlingarna där vi också tillsammans hittar behov och följer upp aktiviteter.

### **Annat ekonomiskt stöd och andra bidrag**

Exempel kan vara bidrag från offentliga fonder, statliga myndigheter, andra kommuner, annan nämnd i Nacka kommun med flera.

Redovisa nedan för innevarande år och för kommande år:

- beviljade och sökta bidrag från andra finansiärer

År	Finansiär	Ansökt belopp	Beviljat belopp
2021	Äldrenämnden	245950kr	60000kr



2021	Socialnämnden	245950kr	60000kr
Klicka här och skriv år.	Klicka här och skriv finansär.	Klicka här och skriv belopp.	Klicka här och skriv belopp.
Klicka här och skriv år.	Klicka här och skriv finansär.	Klicka här och skriv belopp.	Klicka här och skriv belopp.
Klicka här och skriv år.	Klicka här och skriv finansär.	Klicka här och skriv belopp.	Klicka här och skriv belopp.

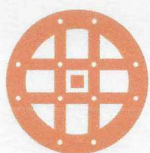
Redovisa nedan för innevarande år och för kommande år annat ekonomiskt stöd eller subventioner som till exempel lokalhyror:

<b>Ange annat stöd och/eller subventioner (t.ex. lokalhyror) som föreningen har, inklusive summa</b>	Inga andra stöds erhålls
--	--------------------------

## Bilagor

Kryssa i (genom att klicka på rutan) vilka bilagor som bifogas till ansökan:

- Senaste årets verksamhetsberättelse med ekonomisk redovisning (krav)
- Redovisningsblankett för beviljat verksamhetsbidrag innevarande år (krav om föreningen fått det beviljat)
- Annat: Klicka här och skriv vilka ytterligare bilagor som bifogas.



**NACKA**  
KOMMUN

## Redovisning av verksamhetsbidrag för 2021 från

**socialnämnden**

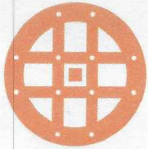
**äldrenämnden**

Markera med kryss vilken nämnd redovisningen gäller och fyll i vilket år. Redovisningen ska bifogas ny ansökan.

**Redovisning för hur bidragen har använts inklusive eventuella avvikelser från vad som angavs i ansökan och om syftet med verksamheten uppnåtts. Fyll gärna i blanketten i word eller motsvarande, skriv ut, skriv på, scanna in och skicka med e-post till [KOS@nacka.se](mailto:KOS@nacka.se) senast 1 november.**

<b>Föreningens namn</b>	<b>Organisationsnummer</b>
Nacka Rödakorskrets	814000-4444
<b>Namn på kontaktpersonen för redovisningen och e-postadress</b>	
Peter Rosell peter.rosell@redcross.se	
<b>Beskriv hur verksamheten har genomförts?</b>	
Med i genomsnitt ca 70 volontärer under året har vi med den medlemsvalda styrelsen (volontärer) som ytterst ansvarig och volontärer som frivilligledare och volontärer som utfört arbete levererat matkassar till ofrivilligt isolerade, tagit emot och utrustat nyanlända med kläder, bedrivit läxhjälp och hållit mötesplatser öppna. Även våra second hand-butiker som även fungerar som mötesplatser och viktigt inslag för hållbarhet, har hållit öppet. Sygruppen, anhörighetsgruppen och till viss del värd/värdinnor på Nacka närsjukhus har varit vilande men desto högre verksamhet vid vaccinering mot Covid där vi hjälpt till med ca 30 volontärer.	
<b>Har verksamheten avvikit från vad ni ansökte om?</b>	
Handarbetsgruppen har hittills inte vågat återuppta sina träffar och inte heller Hållplats Nackaforum som hjälper personer förstå myndighetsbrev, kontakt med bla myndigheter och att hitta rätt ingångar i samhället.	
<b>Redovisa hur ni har använt bidraget. Redovisa kostnaderna för varje aktivitet. Exempel: Aktiviteten seminarier. xx kr – föreläsningssarvode, xx kr hyra av lokal.</b>	
Hyra 200.000 kr för lokalen som är vår knutpunkt. Där har vi vår äldsta Second hand-butik, ger ut kläder till nyanlända, bedriver läxhjälp, mötesplats för äldre, anhöriggruppen som vårdat sina män i hemmet, utgångspunkt för lokal krisberedskap och kontoret för Nacka Rödakorskrets (styrelsearbete mm). Allt med ideella krafter. Hjälpt till nyanlända i form av tolk, resor, kläder och husgeråd 4800kr.	
<b>Annat som är av intresse för social- eller äldrenämnden.</b>	
Under pandemin har vi med volontärer levererat över 500 matkassar till äldre ofrivilligt isolerade. Kommunen kunde inte hjälpa oss med betallösning för dem som saknade Swish och saknade anhöriga som kunde hjälpa till varför vi Röda korset förhandlade lösningar med enskilda handlare och lyckades lösa det även för den (mest utsatta) målgruppen. Även	





**NACKA**  
KOMMUN

uthämtning av recept för ofrivilligt isolerade och som inte hade stöd av kommunen lyckades vi efter besvärliga förhandlingar med apotekskedjor hitta fullmaktsförfarande och betallösningar för så vi kunde hjälpa till med uthämtning samt leverans av mediciner.

***Datum***

2021-10-29

***Underskrift***

***Namnförtydligande***

Peter Rosell

## Resultatrapport

Preliminär

Räkenskapsår: 20-01-01 - 20-12-31

Senaste vermr: 350

Resultatenhet: Hela företaget

Period: 20-01-01 - 20-12-31

	Perioden	Akkumulerat	Period fg år
<b>Rörelsens intäkter och lagerförändring</b>			
Nettoomsättning			
3010	Medlemsavgifter	87 000,00	66 942,50
3113	Hyllnings- och Minnesgåvor	0,00	500,00
3119	Insamlade medel bössinsamling	30 066,00	38 847,00
3120	Övriga insamlade medel	416,00	1 023,10
3130	Lotteri	0,00	5 400,00
3211	Försäljning av kläder	53 596,00	63 966,00
3212	Försäljning av saker	145 932,90	167 853,00
3214	Försäljning av kläder Pop-up	1 059 366,00	220 389,00
3215	Försäljning övrigt Pop-up	20 879,00	3 438,50
3350	Kommunbidrag	76 500,00	76 500,00
3430	Bidrag till lokal verksamhet	2 516,40	831,00
3499	Övriga bidrag	94 000,00	0,00
3511	Kursintäkter/deltagavgifter	0,00	1 270,00
3531	Försäljning Café	16 690,00	30 513,00
3540	Försäljning RK-Material	649,00	680,00
3541	Försäljning SRK:s Gåvokort	3 353,00	22 235,00
3542	Presentkort	0,00	1 400,00
3560	Försäljning av egentillverkat	1 830,00	1 860,00
S:a Nettomsättning		1 592 794,30	703 648,10
Övriga rörelseintäkter			
3999	Övriga ersättningar och intäkter	20,00	855,00
S:a Övriga rörelseintäkter		20,00	855,00
S:a rörelseintäkter och lagerförändring		1 592 814,30	704 503,10
<b>Rörelsens kostnader</b>			
Råvaror och förnödenheter mm			
4211	Inköp livsmedel	-13 294,70	-32 967,57
4241	Inköp RK-Material	0,00	-2 104,00
4311	Medel till annan krets/RKUF/Samverk.	-25 000,00	-1 990,00
4320	Medel till SRK	-254 872,00	-258 159,00
4370	Skickade medel till extern insamling	-66 134,00	-15 182,00
S:a Råvaror och förnödenheter mm		-359 300,70	-310 402,57
Bruttovinst		1 233 513,60	394 100,53
Övriga externa kostnader			
6072	Uppvaktningar, gåvor	-720,00	-3 231,00
6110	Kontorsmaterial	-249,00	-110,00
6150	Trycksaker, tryckkostnader	-11 230,00	-11 573,00
6211	Telefon	-1 362,38	-2 164,71
6212	Mobilt bredband	-4 680,00	0,00
6250	Porto	-6 133,25	-9 778,28
6260	Bankavgifter	-3 949,10	-3 521,16
6261	Loomis	-3 251,00	-4 927,00
6263	Trans.avgifter kort och Swish, Pop-up	-10 275,45	0,00
6860	Inhyrd försäljningspersonal	-594 530,00	-81 803,75
6990	Övriga kostnader	-17 798,75	-13 484,15
7600	Övriga personalkostnader	-23 522,00	0,00
S:a Övriga externa kostnader		-677 700,93	-130 593,05
Personalkostnader			
5010	Lokalhyra, Finntorp	-76 500,00	-76 500,00
5020	Lokalhyra, Pop-up	-75 000,00	-41 666,00
5060	Renhållning och städning	-18 984,00	-18 968,00

## Resultatrapport

Preliminär

Räkenskapsår: 20-01-01 - 20-12-31

Senaste vernr: 350

Resultatenhet: Hela företaget

Period: 20-01-01 - 20-12-31

		Perioden	Akkumulerat	Period fg år
5099	Övriga lokalkostnader	-3 900,00	-3 900,00	-52 798,00
5220	Hyra/leasing av inventarier	-4 950,00	-4 950,00	-5 940,00
5230	Terminalhyra Pop-up	-2 490,00	-2 490,00	0,00
5410	Förbrukningsinventarier	-6 570,40	-6 570,40	-43 378,15
5420	Förbrukningsinventarier Pop-up	-6 035,50	-6 035,50	0,00
5460	Förbrukningsmaterial	-6 204,95	-6 204,95	-48 871,02
5470	Förbrukningsmaterial Pop-up	-13 022,10	-13 022,10	0,00
5710	Frakter och transporter	-6 081,50	-6 081,50	-534,00
5822	Studiebesök och utflykter	0,00	0,00	-2 000,00
5833	Milersättning Frivilliga	-8 024,94	-8 024,94	-6 853,80
5841	Kurs och möteskostnad Frivilliga	0,00	0,00	-630,00
5999	Marknadsföring	-1 875,00	-1 875,00	-3 260,00
S:a Personalkostnader		-229 638,39	-229 638,39	-301 398,97
S:a Rörelsens kostnader inkl råvaror		-1 266 640,02	-1 266 640,02	-742 394,59
Rörelseresultat före avskrivningar		326 174,28	326 174,28	-37 891,49
Rörelseresultat efter avskrivningar		326 174,28	326 174,28	-37 891,49
Rörelseresultat före finansiella intäkter och kostnader		326 174,28	326 174,28	-37 891,49
Resultat efter finansiella intäkter och kostnader		326 174,28	326 174,28	-37 891,49
Extraordinära intäkter och kostnader				
8313	Räntor och utdelningar Sandhén och Hedström	2 193,39	2 193,39	2 502,30
8399	Övriga finansiella intäkter	1 131,51	1 131,51	1 355,44
S:a Extraordinära intäkter och kostnader		3 324,90	3 324,90	3 857,74
Resultat före bokslutsdispositioner och skatt		329 499,18	329 499,18	-34 033,75
Bokslutsdispositioner				
8810	Reserverade medel till nästa år	-2 193,39	-2 193,39	-7 464,56
S:a Bokslutsdispositioner		-2 193,39	-2 193,39	-7 464,56
Resultat före skatt		327 305,79	327 305,79	-41 498,31
Beräknat resultat		327 305,79	327 305,79	-41 498,31

## Balansrapport

Preliminär

Räkenskapsår: 20-01-01 - 20-12-31

Senaste vernr: 350

Resultatenhet: Hela företaget

Period: 20-01-01 - 20-12-31

	Ing balans	Period	Utg balans
<b>TILLGÅNGAR</b>			
Anläggningstillgångar			
Immateriella anläggningstillgångar			
1790 Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter	19 267,85	-142,85	19 125,00
S:a Immateriella anläggningstillgångar	19 267,85	-142,85	19 125,00
Materiella anläggningstillgångar			
1913 Kassa Mötesplats Kupan	271,20	0,00	271,20
1914 Övriga kassor	326,77	990,00	1 316,77
1940 Swedbank trans.konto Pop-up	64 692,96	214 082,27	278 775,23
1943 SHB Swish Finntorp	489,10	-232,40	256,70
1944 SHB Swish allmänt/Pop-up	1 594,70	-1 153,30	441,40
1945 SHB Swish Boo	117,20	105,60	222,80
1946 SEB, transaktionskonto ...-70	278,80	0,00	278,80
1947 SEB, sparkonto, ...-30	1 000,24	-984,50	15,74
1948 Swedbank trans.konto allmänt	6 096,23	25 021,96	31 118,19
1949 SBAB, sparkonto, Sandhén	731 136,05	1 548,39	732 684,44
1950 SBAB, allmänt sparkonto, inkl. Hedström	349 403,18	65 131,51	414 534,69
S:a Materiella anläggningstillgångar	1 155 406,43	304 509,53	1 459 915,96
S:a Anläggningstillgångar	1 174 674,28	304 366,68	1 479 040,96
S:A TILLGÅNGAR	1 174 674,28	304 366,68	1 479 040,96
<b>EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER</b>			
Kortfristiga skulder			
2030 Sandhénfonden, bundet	-724 297,06	-548,35	-724 845,41
2031 Sandénfonden, fritt	-6 838,99	-1 000,04	-7 839,03
2035 Hedström, ändamålsbestämt	-13 807,07	0,00	-13 807,07
2080 Obundet kapital	-389 425,72	41 498,31	-347 927,41
2090 Årets resultat	41 498,31	-368 804,10	-327 305,79
2441 Leverantörsskulder	-81 803,75	24 987,50	-56 816,25
2442 Presentkort	0,00	-500,00	-500,00
S:a Kortfristiga skulder	-1 174 674,28	-304 366,68	-1 479 040,96
S:a Eget kapital, avsättningar och skulder	-1 174 674,28	-304 366,68	-1 479 040,96
Beräknat resultat	0,00	0,00	0,00

## Saldolista

Preliminär

Räkenskapsår: 20-01-01 - 20-12-31

Resultatenhet: Hela företaget

Period: 20-01-01 - 20-12-31

		Ing balans	Debet	Kredit	Utg saldo
<b>Kontoklass 1</b>					
1790	Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter	19 267,85	19 125,00	19 267,85	19 125,00
1913	Kassa Mötesplats Kupan	271,20	0,00	0,00	271,20
1914	Övriga kassor	326,77	36 381,71	35 391,71	1 316,77
1940	Swedbank trans.konto Pop-up	64 692,96	1 098 022,40	883 940,13	278 775,23
1943	SHB Swish Finntorp	489,10	39 989,00	40 221,40	256,70
1944	SHB Swish allmänt/Pop-up	1 594,70	58 349,00	59 502,30	441,40
1945	SHB Swish Boo	117,20	7 348,00	7 242,40	222,80
1946	SEB, transaktionskonto ...-70	278,80	1 200,00	1 200,00	278,80
1947	SEB, sparkonto, ...-30	1 000,24	19 409,00	20 393,50	15,74
1948	Swedbank trans.konto allmänt	6 096,23	672 721,00	647 699,04	31 118,19
1949	SBAB, sparkonto, Sandhén	731 136,05	2 193,39	645,00	732 684,44
1950	SBAB, allmänt sparkonto, inkl. Hedström	349 403,18	171 631,51	106 500,00	414 534,69
Klasstotal		1 174 674,28	2 126 370,01	1 822 003,33	1 479 040,96
<b>Kontoklass 2</b>					
2030	Sandhénfonden, bundet	-724 297,06	0,00	548,35	-724 845,41
2031	Sandénfonden, fritt	-6 838,99	645,00	1 645,04	-7 839,03
2035	Hedström, ändamålsbestämt	-13 807,07	0,00	0,00	-13 807,07
2080	Obundet kapital	-389 425,72	41 498,31	0,00	-347 927,41
2090	Årets resultat	41 498,31	0,00	368 804,10	-327 305,79
2441	Leverantörsskulder	-81 803,75	81 803,75	56 816,25	-56 816,25
2442	Presentkort	0,00	150,00	650,00	-500,00
Klasstotal		-1 174 674,28	124 097,06	428 463,74	-1 479 040,96
<b>Kontoklass 3</b>					
3010	Medlemsavgifter	0,00	0,00	87 000,00	-87 000,00
3119	Insamlade medel bössinsamling	0,00	0,00	30 066,00	-30 066,00
3120	Övriga insamlade medel	0,00	0,00	416,00	-416,00
3211	Försäljning av kläder	0,00	0,00	53 596,00	-53 596,00
3212	Försäljning av saker	0,00	307,10	146 240,00	-145 932,90
3214	Försäljning av kläder Pop-up	0,00	260,00	1 059 626,00	-1 059 366,00
3215	Försäljning övrigt Pop-up	0,00	962,00	21 841,00	-20 879,00
3350	Kommunbidrag	0,00	0,00	76 500,00	-76 500,00
3430	Bidrag till lokal verksamhet	0,00	88,00	2 604,40	-2 516,40
3499	Övriga bidrag	0,00	0,00	94 000,00	-94 000,00
3531	Försäljning Café	0,00	0,00	16 690,00	-16 690,00
3540	Försäljning RK-Material	0,00	0,00	649,00	-649,00
3541	Försäljning SRK:s Gävokort	0,00	451,00	3 804,00	-3 353,00
3560	Försäljning av egentillverkat	0,00	0,00	1 830,00	-1 830,00
3999	Övriga ersättningar och intäkter	0,00	0,00	20,00	-20,00
Klasstotal		0,00	2 068,10	1 594 882,40	-1 592 814,30
<b>Kontoklass 4</b>					
4211	Inköp livsmedel	0,00	13 294,70	0,00	13 294,70
4311	Medel till annan krets/RKUF/Samverk.	0,00	25 000,00	0,00	25 000,00
4320	Medel till SRK	0,00	254 872,00	0,00	254 872,00
4370	Skickade medel till extern insamling	0,00	66 134,00	0,00	66 134,00
Klasstotal		0,00	359 300,70	0,00	359 300,70
<b>Kontoklass 5</b>					
5010	Lokalhyra, Finntorp	0,00	76 500,00	0,00	76 500,00
5020	Lokalhyra, Pop-up	0,00	75 000,00	0,00	75 000,00
5060	Renhållning och städning	0,00	18 984,00	0,00	18 984,00
5099	Övriga lokalkostnader	0,00	3 900,00	0,00	3 900,00
5220	Hyra/leasing av inventarier	0,00	6 432,00	1 482,00	4 950,00
5230	Terminalhyra Pop-up	0,00	2 490,00	0,00	2 490,00
5410	Förbrukningsinventarier	0,00	6 645,40	75,00	6 570,40
5420	Förbrukningsinventarier Pop-up	0,00	6 035,50	0,00	6 035,50

## Saldolista

Preliminär

Räkenskapsår: 20-01-01 - 20-12-31

Resultatenhet: Hela företaget

Period: 20-01-01 - 20-12-31

		Ing balans	Debet	Kredit	Utg saldo
5460	Förbrukningsmaterial	0,00	6 767,45	562,50	6 204,95
5470	Förbrukningsmaterial Pop-up	0,00	13 572,10	550,00	13 022,10
5710	Frakter och transporter	0,00	6 081,50	0,00	6 081,50
5833	Milersättning Frivilliga	0,00	8 024,94	0,00	8 024,94
5999	Marknadsföring	0,00	1 875,00	0,00	1 875,00
Klasstotal		0,00	232 307,89	2 669,50	229 638,39
Kontoklass 6					
6072	Uppvaktningar, gåvor	0,00	720,00	0,00	720,00
6110	Kontorsmaterial	0,00	249,00	0,00	249,00
6150	Trycksaker, tryckkostnader	0,00	13 105,00	1 875,00	11 230,00
6211	Telefon	0,00	1 362,38	0,00	1 362,38
6212	Mobilt bredband	0,00	4 680,00	0,00	4 680,00
6250	Porto	0,00	6 133,25	0,00	6 133,25
6260	Bankavgifter	0,00	3 949,10	0,00	3 949,10
6261	Loomis	0,00	3 901,00	650,00	3 251,00
6263	Trans.avgifter kort och Swish, Pop-up	0,00	10 275,45	0,00	10 275,45
6860	Inhyrd försäljningspersonal	0,00	595 315,00	785,00	594 530,00
6990	Övriga kostnader	0,00	17 798,75	0,00	17 798,75
Klasstotal		0,00	657 488,93	3 310,00	654 178,93
Kontoklass 7					
7600	Övriga personalkostnader	0,00	23 522,00	0,00	23 522,00
Klasstotal		0,00	23 522,00	0,00	23 522,00
Kontoklass 8					
8313	Räntor och utdelningar Sandhén och Hedström	0,00	0,00	2 193,39	-2 193,39
8399	Övriga finansiella intäkter	0,00	0,00	1 131,51	-1 131,51
8810	Reserverade medel till nästa år	0,00	2 193,39	0,00	2 193,39
8990	Resultat	0,00	327 305,79	0,00	327 305,79
Klasstotal		0,00	329 499,18	3 324,90	326 174,28
Saldototaler***		0,00	3 854 653,87	3 854 653,87	0,00