

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	Äldreheten.....	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 utförare 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 ledningsansvaret¹) 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.

¹ 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 besvärar 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 sanktionerna² 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

² 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/sjukgymnast, 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 äldreheten 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 sjuksköterska 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 äldrenämndens 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 valfärdstjänster 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 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 uppföljningsplanerna³ 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.

³ 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 struktur⁴ och processkvalitet⁵ 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 äldreenhetens medicinskt ansvariga sjuksköterskas arbetsuppgifter, vilket har påverkat förutsättningarna att genomföra kvalitetsgranskningar.

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

⁵ 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 äldreheten 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. Äldreheten 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 äldreheten 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 äldrehetens 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.

Äldrehetens 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 äldre nämnden.

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
Totalt	944	680	502	54,7	16,8	11

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	Fallolyckor	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
Totalt	296	1 392	1 705	100	436	171

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 utbildas 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 Sjöträpan, 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 Sjöträpan	58	54	45	3,0 ⁶	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

⁶ På NSC Sjöträpan 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
Totalt	679	466	412	39	9,1	9,3

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 checkbelopp⁷.

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.

⁷ 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 villkorserlevand 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
MAXIMALT VÄRDE FÖR SKATTEPENGARNA	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%
BÄSTA UTVECKLING FÖR ALLA	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%
		ATTRAKTIV LIVSMILJÖ I HELA NACKA	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%
STARK OCH BALANSERAD TILLVÄXT	Välfärden 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 Sjöträppan.
- ▶ Verksamhetschef, VC Nacka seniorcenter Sofiero.
- ▶ MAS, Ektorp, Sjöträppan 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