

Revisionsrapport

Kvaliteten i särskilt boende

Martin Andersson
April 2013

Botkyrka kommun

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattande bedömning	1
2.	Inledning	3
2.1.	Bakgrund	3
2.2.	Revisionsfråga	3
2.2.1.	Revisionskriterier	3
2.3.	Metod och avgränsning	4
3.	Organisation och ansvar	5
3.1.	Vård- och omsorgsnämnden	5
3.2.	Kommunens ansvar för styrning, uppföljning och kontroll avseende kvaliteten i särskilt boende	6
3.2.1.	Kommunallagen	6
3.2.2.	Socialtjänstlagen	6
3.2.3.	Hälso- och sjukvårdslagen	6
3.2.4.	Patientsäkerhetslagen	6
3.2.5.	Kvalitetssystem	7
4.	Granskningens resultat	8
4.1.	Kommunens övergripande mål och mål för kvalitet i särskilt boende	8
4.1.1.	Vård- och omsorgsnämndens mål utifrån KF:s målområde och mål	8
4.1.2.	Kommunens mål för kvalitet enligt avtal och förfrågningsunderlag	10
4.1.3.	Bedömning och kommentarer	11
4.2.	Struktur för uppföljning av avtalade mål och krav	11
4.2.1.	Vård- och omsorgsnämndens kvalitetssystem	11
4.2.2.	Kvalitet-, avtal- och verksamhetsuppföljning	12
4.2.3.	Rapportering till Vård- och omsorgsnämnden	13
4.2.4.	Bedömning och kommentarer	14

1. *Sammanfattande bedömning*

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Botkyrka kommun har PwC granskat om Vård- och omsorgsnämnden har en ändamålsenlig styrning och uppföljning avseende kvaliteten inom särskilda boenden. Enligt kommunallagen har kommunen ett övergripande ansvar för de insatser som genomförs inom äldreomsorgen, oavsett om dessa genomförs av kommunen själv eller av en extern avtalsknuten utförare. Revisorernas väsentlighets- och riskanalys samt en genomgång av kommunens invärlds- och omvärldsanalys har legat till grund för valet av granskningsinriktning.

Revisionsfrågan som ska bevaras är:

Har Vård- och omsorgsnämnden en ändamålsenlig styrning och uppföljning avseende kvaliteten inom särskilda boenden?

Vår sammanfattande bedömning är att Vård- och omsorgsnämnden i allt väsentligt har en ändamålsenlig styrning och uppföljning avseende kvaliteten inom särskilda boenden.

Den sammanfattande bedömningen baseras på följande granskningsiakttagelser och bedömningar utifrån granskningens revisionskriterier och kontrollmål:

- *Nämnden/förvaltningen har konkretiserat fullmäktiges övergripande mål och fastställt tydliga mål för kvaliteten i särskilda boenden.*

Vi gör bedömningen att Vård- och omsorgsnämnden i huvudsak har konkretiserat fullmäktiges övergripande mål och fastställt tydliga mål för kvaliteten i särskilt boende. Det finns en tydlig målkedja från kommunfullmäktiges övergripande mål till kvalitativa, uppföljningsbara indikatorer för särskilt boende. Flera indikatorer är kopplade till socialstyrelsens brukarundersökning. Indikatorerna uppfyller i stort sett kraven för vad man kallar ett SMART mål, dvs. specifikt, mätbart, accepterat, realistiskt och tidsatt.

Nämnden har genom avtal tagit vara på sin rätt till uppföljning och insyn i utförarnas verksamhet men ställer inte något krav på externa utförare att följa de kommunala målen. Detta innebär att även om kommunen följer upp kvaliteten i verksamheten finns det inga incitament för utföraren att sträva mot de kommunala kvalitetsmålen.

Vi rekommenderar att Vård- och omsorgsnämnden vid nästa upphandling ställer krav, i förfrågningsunderlaget, på att kommunens och nämndens mål ska följas av upphandlad utförare.

- *Det finns en ändamålsenlig struktur för uppföljning av uppställda och avtalade mål och krav.*

Vi gör bedömningen att Vård- och omsorgsnämnden i allt väsentligt har en struktur för uppföljning av uppställda och avtalade mål och krav. Nämnden har antagit ett ledningssystem för kvalitet. Ledningssystemet är en struktur för hur kommunen avser att följa upp, utvärdera, och förbättra identifierade processer och skapa förutsättningar för systematiskt kvalitetsarbete. Förvaltningen har en dokumenterad årsplan för förvaltningens kvalitetsuppföljning kopplat till nämndens ledningssystem för kvalitet. Uppföljningen av nämndens mål och indikatorer avseende särskilt boende sker i nämndens årsredovisning och övrig kvalitet följs även upp i nämndens kvalitetsredovisning. Nämnden följer aktivt upp kvaliteten i särskilt boende under året.

- *Kvalitetsuppföljningen omfattar såväl kommunens egenregiverksamhet som externa utförare.*

Vi gör bedömningen att kvalitetsuppföljningen avseende särskilt boende i allt väsentligt omfattar såväl kommunens egenregiverksamhet som externa utförare.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Utifrån genomförd väsentlighets- och riskanalys samt en genomgång av kommunens invärlds- och omvärldsanalys har en granskning prioriterats inom området.

Kvaliteten inom äldreomsorgen har under den senaste tiden varit föremål för uppmärksamhet i media. Frågor har rests avseende kommunernas uppföljning av kvaliteten i äldre- och handikappomsorgen, framförallt när det gäller de särskilda boendeformerna.

Kommunen har ett övergripande ansvar för de insatser som genomförs inom äldreomsorgen, oavsett om dessa genomförs inom kommunens egen produktionsorganisation eller av en extern avtalsknuten utförare.

När vården av kommunal angelägenhet överlämnas till en annan utförare anger kommunallagen (3 kap 19 §) att kommunen (fullmäktige) ska säkerställa möjligheten att kontrollera och följa upp verksamheten.

2.2. Revisionsfråga

Den övergripande revisionsfrågan är:

Har Vård- och omsorgsnämnden en ändamålsenlig styrning och uppföljning avseende kvaliteten inom särskilda boenden?

2.2.1. Revisionskriterier

Den övergripande revisionsfrågan ska bedömas utifrån bl.a. granskningens revisionskriterier. Granskningens främsta revisionskriterier utgör kommunens och nämndens mål och plan för 2012, men även nedanstående föreskrift och lag har haft viss betydelse för granskningen:

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).
- Kommunallagen 3 kap. 19 §: Innan en kommun eller ett landsting lämnar över vården av en kommunal angelägenhet till någon annan än som avses i 17 och 18 §§ skall fullmäktige se till att kommunen respektive landstinget tillförsäkras en möjlighet att kontrollera och följa upp verksamheten.

Kontrollmål:

Utifrån revisionskriterierna har följande kontrollmål ställts upp för att besvara revisionsfrågan:

- Nämnden/förvaltningen har konkretiserat fullmäktiges övergripande mål och fastställt tydliga mål för kvaliteten i särskilda boenden.

- Det finns en ändamålsenlig struktur för uppföljning av uppställda och avtalade mål och krav.
- Kvalitetsuppföljningen omfattar såväl kommunens egenregiverksamhet som externa utförare.

2.3. Metod och avgränsning

Granskningen har genomförts genom:

- Genomgång och studie av styrande och stödjande dokument, såsom nämndens mål, krav och mål för äldreboende, avtal med externa utförare samt dokumentation av genomförda uppföljningar mm, se bilaga 1.
- Intervjuer med vård- och omsorgschef, verksamhetschef för äldreomsorgen, sektionschef för äldreboendena, controller och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Avgränsning har skett utifrån revisionsfråga och revisionskriterier.

Granskningsobjekt är Vård- och omsorgsnämnden.

3. Organisation och ansvar

I detta avsnitt beskrivs Vård- och omsorgsnämndens organisation och ansvar för verksamhet, styrning och uppföljning av fastställda mål och lagstadgade krav.

3.1. Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för två verksamhetsområden, äldreomsorg samt omsorg om personer med funktionsnedsättning. Inom vård- och omsorgsnämnden finns ett utskott som beslutar i samtliga individärenden inom hemtjänst och omsorg enligt SoL och LSS.

En myndighetsverksamhet tar emot ansökningar och handlägger bistånd enligt b.l.a. Socialtjänstlagen, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade och Lagen om bostadsanpassningsbidrag. De beviljade insatserna utförs mestadels av förvaltningens egna utförarverksamheter. Utöver det köps externa boendeplatser både inom funktionsnedsättningsområdet och inom äldreomsorgen. En mindre del av äldreomsorgsverksamheten drivs på entreprenad.

Äldreomsorgen omfattar hemtjänst, särskilda boendeformer, dagverksamhet för äldre samt kost- och måltidsverksamhet. Hemtjänsten består av nio enheter och ger stöd till ca 900 brukare med både service- och omvårdnadsinsatser. En del av stödinsatserna köps av serviceförvaltningen. Det finns även öppna verksamheter i form av mötesplatser. Anhörigstöd finns inom alla verksamheter.

Omsorgen om personer med funktionsnedsättning ansvarar för gruppboenden serviceboenden, personlig assistans, ledsagning, kontaktpersoner, korttidsvistelse samt avlösning. Nämnden ger stöd till ca 800 brukare med funktionsnedsättning. Boendet utformas utifrån det individuella stödbehovet och insatserna syftar till att den som har en funktionsnedsättning kan leva så självständigt som möjligt.

Vård- och omsorgsnämnden har ramavtal för köp av enstaka platser. För närvarande har kommunen cirka 90 externa placeringar på cirka 30 boenden. Vissa av dessa ingår i ramavtal men kommunen köper, vid behov, också utanför avtalet. Nämnden har avtal med ett särskilt boende (helentreprenad) som avser sju platser samt ca 1 600 timmar hemtjänst i servicelägenheter.

Vård- och omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret för att vård- och omsorgsverksamheten systematiskt följs upp och utvärderas med den frekvens och i den omfattning som krävs för att bedöma om verksamheten uppfyller de krav och mål som ställs på verksamheten.

Vård- och omsorgsförvaltningen styrs av lagstiftning och de mål som är antagna av nämnden. Förvaltningens organisation är uppdelad efter verksamheterna med verksamhetschefer som direkt ansvariga.

3.2. Kommunens ansvar för styrning, uppföljning och kontroll avseende kvaliteten i särskilt boende

Kommunens äldreomsorg styrs av de författningar som reglerar socialtjänsten och den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för. Det är bl.a. Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen som utgör grunden för vård- och omsorg till de äldre.

3.2.1. Kommunallagen

Kommunallagen (3 kap 19 §) anger att kommunen är skyldig att säkerställa sin rätt till insyn i den verksamhet som överlåtits till externa utförare, dvs. möjligheten att kontrollera och följa upp verksamheten. Allmänheten har rätt till insyn i hur kommunal verksamhet utförs i extern drift.

3.2.2. Socialtjänstlagen

Socialtjänstlagen (5 kap 4-5 §§) anger kvalitetskriterier för kommunens tjänster avseende äldreomsorgen, vilket gäller för både offentlig och privat regi. Lagstiftningen har inte exakt fastställt innebörden av kvalitet men nämner väsentliga faktorer för äldre i kommunens omsorg, såsom att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande, aktiv och meningsfull tillvaro tillsammans med andra människor, stöd och hjälpmedel samt att kunna påverka hur och när detta ska ges. Kommunen har skyldighet att inrätta särskilda service- och omvårdnadsboenden (särskilda boenden) för äldre med behov av särskilt stöd.

Enlig socialtjänstlagen (14 kap 3 §) är den som är verksam inom omsorgen av äldre eller människor med funktionsnedsättning skyldig att rapportera till socialnämnd vid kännedom eller vid uppmärksammandet av risk för eller av missförhållande (Lex Sarah). Om missförhållande är allvarligt ska vårdgivaren snarast anmäla det till Socialstyrelsen.

3.2.3. Hälso- och sjukvårdslagen

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (18a §) har kommunen ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård i service- och omvårdnadsboenden (särskilt boende). I likhet med socialtjänstlagen anges att kommunen har ansvaret för att en god hälso- och sjukvård erbjuds dem som bor i ett särskilt boende även om det överläts till en extern utförare.

Enligt lagen (24 §) ska det finnas en sjuksköterska (MAS) med särskilt medicinskt ansvar i kommunen, vilken ansvarar för att kraven på hög patientsäkerhet och kvalitet tillgodoses i vården som bedrivs inom dennes verksamhetsområde. Har inget annat avtalats har kommunens MAS även ansvar för verksamhet som överlåtits till extern utförare.

3.2.4. Patientsäkerhetslagen

Enligt patientsäkerhetslagen har vårdgivaren ett ansvar för patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården. Med ”vårdgivare” avser lagen (1 kap 3 §) statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten,

landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare). Lagen (6 kap 4 §) anger att det är hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att rapportera till vårdgivaren om risk för händelser som kan medföra vårdskador. Vårdgivaren ska utreda risken eller händelsen och göra en anmälan till Socialstyrelsen enligt Lex Maria (3 kap 5 §).

3.2.5. Kvalitetssystem

Både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen föreskriver att kvaliteten i verksamheten ska utvecklas och säkras systematiskt och fortlöpande. Lagens krav har konkretiserats i Socialstyrelsens skrift avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Det ställer krav på att ledningssystemet ska omfatta alla delar av verksamheten och ange hur ansvaret för kvalitetsarbetet och patientsäkerhetsarbetet ska vara fördelat, dvs. att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter.

4. Granskningens resultat

4.1. Kommunens övergripande mål och mål för kvalitet i särskilt boende

I Botkyrkas flerårsplan uttrycker kommunfullmäktige kommunens ambitioner och mål för de närmaste fyra åren (2013-2016). Flerårsplanen fokuserar på sex olika målområden som anger huvudinriktningen för planen.

De sex målområdena är: Medborgarnas Botkyrka, Framtidens jobb, Välfärd med kvalitet för alla, Grön stad i rörelse, Kultur och kreativitet ger kraft och En effektiv och kreativ kommunal organisation.

Inom respektive målområde anges ett antal mål samt indikatorer. I uppföljningen ska samtliga individbaserade indikatorer anges per kommundel med kön som övergripande indelningsgrund. Nämnderna ska i sina ettårsplaner ange hur de bidrar till att uppnå flerårsplanens mål genom att ange sina åtaganden gentemot de angivna målen och indikatorerna. De ska även ange sina egna nämndmål kopplade till flerårsplanens mål.

4.1.1. Vård- och omsorgsnämndens mål utifrån KF:s målområde och mål

Nämnden har i sin ettårsplan för 2013 angivit målbild för nämnden samt egna nämndmål och indikatorer kopplade till angivna målområden, övergripande mål samt indikatorer i flerårsplanen.

När det gäller nämndens målbild anges bl.a. att ”I vår verksamhet möts man med respekt och ett bemötande av högsta klass samtidigt som servicen är personlig och av högsta kvalitet. Våra verksamheter kännetecknas av delaktighet, inflytande, kompetens, utveckling och inspiration”.

Inom målområdet ”Medborgarnas Botkyrka” har kommunfullmäktige formulerat följande övergripande mål och nämnden följande mål och indikatorer som är direkt eller indirekt är kopplade till kvaliteten i särskilda boende:

KF:s mål 1: Botkyrkaborna är mer delaktiga i samhällsutvecklingen

- **Nämndens mål:** Våra medborgare har ökat inflytande och delaktighet och får ett bemötande av högsta klass. Till målet tillhör följande indikatorer:
 - Brukare är nöjda med bemötandet i våra verksamheter.

KF:s mål 2: Botkyrkaborna har mer jämställda och jämlika förutsättningar och möjligheter

- **Nämndens mål:** Följa handlingsplanen för jämställdhetssäkring och säkerställa att beslut fattas utifrån individens behov. Till målet tillhör

följande indikator:

- Brukarna upplever att de inte blir kränkta i våra verksamheter.

- **Nämndens mål:** Inventera alla förvaltningens verksamhetslokaler ur tillgänglighetsperspektiv och ta fram handlingsplaner. Till målet tillhör följande indikator:
 - Antal handlingsplaner för ökad tillgänglighet.

KF:s mål 3: Botkyrkaborna är friskare och mår bättre

- **Nämndens mål:** Våra medborgare har en ökad trygghet, hälsa och livskvalitet. Till målet tillhör följande indikatorer:
 - Brukarnas egen bedömning av hälsotillståndet
 - Ökad trygghet inom hemtjänsten och inom särskilda boenden
 - Antalet registreringar i Senior Alert ska öka

Inom målområdet ”välfärd med kvalitet för alla” har kommunfullmäktige formulerat följande övergripande mål och nämnden följande mål och indikatorer som är direkt eller indirekt är kopplade till kvaliteten i särskilda boende:

KF:s mål 7. Botkyrkas äldre lever ett mer aktivt liv och får den vård och omsorg de behöver

- **Nämndens mål:** Våra medborgare får en ökade kvalitativ vård, omsorg och service. Till målet tillhör följande indikatorer:
 - Brukarna ska sammantaget vara nöjda med sitt boende
 - I årlig medborgarundersökning ska invånarna uppleva att det är tryggt att åldras i kommunen
 - Andel personer i procent över 80 år som inte har särskilt boende eller hemtjänst

Inom målområdet ”Kultur och kreativitet ger kraft” har kommunfullmäktige formulerat följande övergripande mål och nämnden följande mål och indikatorer som är direkt eller indirekt är kopplade till kvaliteten i särskilda boende:

KF:s mål 10. Kommunen stimulerar kreativitet och entreprenörskap

- **Nämndens mål:** Den sociala verksamheten är välutvecklad och engagerar fler frivilliga organisationer och volontärer. Till målet tillhör följande indikator:
 - Öka antalet frivilligt engagerade i våra särskilda boenden

Vid intervjuer med förvaltningen framkommer att det är svårt att ta fram resultatmål och det finns inga särskilda kvalitetsmål för särskilt boende. Det finns dock aggregerade kvalitetsmål och indikatorer som avser hela verksamheten och måluppfyllelsen inom äldreomsorgen bygger på brukarundersökningen 2012. Dessa resultat följs upp i kvalitetsredovisningen och årsredovisningen, där särskilt boende redovisas separat. Det redovisas 15 olika nyckeltal avseende särskilt boende.

Förvaltningen lyfter också att de arbetar med särskilda nämndåtaganden. Under året har förvaltningen b.l.a. genomfört egenkontroller och kvalitetstillsyner som ett resultat av ett av sina nämndåtaganden.

4.1.2. *Kommunens mål för kvalitet enligt avtal och förfrågningsunderlag*

Kommunen har avtal med en extern utförare avseende särskilt boende och har kontrakteras av kommunen i enlighet med LOU (Lagen om offentlig upphandling). Vi har tagit del av avtal, förfrågningsunderlag och tilldelningsbeslut.

Förfrågningsunderlaget innehåller förutom avtalsstandard en kravspecifikation avseende b.l.a. krav på uppdragets innehåll, utförarens åtagande, genomförandeplan, MAS, tillgänglighet och service samt omvårdnadskrav såsom omvårdnad, service, och hälso- och sjukvårdsinsatser. Verksamheten ska kännetecknas av inflytande och delaktighet, integritet, trygghet, bra bemötande, stimulans, aktiviteter och kontinuitet. Vidare ställs det krav på måltider, tidningar, tv, kontaktperson, tolk trygghetslarm osv. Kravspecifikationen innehåller även krav avseende hälso- och sjukvårdsansvaret, dokumentation och information samt krav avseende rutiner vid tillbud och avvikelser m.m.

I förfrågningsunderlaget tar nämnden även vara på sin rätt till att kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten. Kommunen har rätt att löpande under avtalsperioden kontrollera att vårdgivaren betalar skatter och sociala avgifter samt att vårdgivaren fortfarande uppfyller avtalade vårdvillkor. Följande skrivning finner vi i förfrågningsunderlaget:

”Kommunen kommer fortlöpande att följa upp kvaliteten mot för verksamheten uppställda mål samt ställda krav i upphandlingen genom personligt besök. Om resultaten visar att stöd, service och omvårdnad inte uppfyller ställda krav avseende kvalitet skall en åtgärdsplan snarast framtas av utföraren och redovisas för kommunen.”

Kommunen ställer även krav på sig själv att årligen utöva tillsyn av verksamheten:

”Kommunens myndighetsfunktion har också på uppdrag av vård- och omsorgsnämnden att årligen utöva tillsyn, i enlighet med Socialtjänstens krav på god kvalitet enligt SOFS 2006:11 och att se till att verksamheten bedriver en god vård och omsorg för den enskilde.”

Kommunen har rätt att tillträda till de lokaler där verksamheten bedrivs samt få tillgång till sådana uppgifter om verksamheten som kommunen anser vara nödvändiga. Tillsynsrapporter och eventuella svar på anmärkningar ska fortlöpande överlämnas till kommunen. Det ställs även krav på att utföraren ska göra en skriftlig utvärdering av verksamheten i slutet av året i formen av årsredovisning med verksamhetsberättelse.

Vi har i avtal och förfrågningsunderlag inte funnit att kommunen ställer krav på att den kontrakterade utföraren ska förhålla sig och följa nämndens mål.

4.1.3. Bedömning och kommentarer

Vi kan konstatera att nämnden genom avtal har tagit vara på sin rätt till uppföljning och insyn i utförarnas verksamhet. Kommunfullmäktige har tagit fram ett antal övergripande mål utifrån olika målområden varav flera som rör Vård- och omsorgsnämnden. Nämnden har brutit ner målen i egna nämndmål med mätbara uppföljningsbara indikatorer och vilka flera rör kvalitet. Flera indikatorer är kopplade till socialstyrelsens brukarundersökning och rör inflytande, bemötande, diskriminering, nöjdhet, trygghet, stimulans och aktivitet osv. Indikatorerna uppfyller i stort sett kraven för vad man kallar ett SMART mål, dvs. specifikt, mätbart, accepterat, realistiskt och tidsatt. Några av målen som rör särskilt boende är dock aggregerade och gäller för hela nämndens verksamhet.

Vi noterar även att nämnden inte ställer några något krav på externa utförare att följa de kommunala målen. Det innebär att även om kommunen följer upp kvaliteten i denna verksamhet finns det inga incitament för utföraren att sträva mot de kommunala kvalitetsmålen. Nämnden ställer dock kravet att utförarens verksamhet ska kännetecknas av inflytande och delaktighet, integritet, trygghet, bra bemötande, stimulans, aktiviteter och kontinuitet.

Vi gör därför bedömningen att Vård- och omsorgsnämnden i huvudsak har konkretiserat fullmäktiges övergripande mål och fastställt tydliga mål för kvaliteten i särskilt boende.

4.2. Struktur för uppföljning av avtalade mål och krav

4.2.1. Vård- och omsorgsnämndens kvalitetssystem

Vård- och omsorgsnämnden fastställde ett ledningssystem för kvalitet i juni år 2012. Enligt förvaltningen påbörjades införandet av ledningssystemet hösten samma år och fortsätter under 2013.

Enligt kommunens ledningssystem för kvalitet är syftet med systemet att säkerställa en god kvalitet och patientsäkerhet för brukaren. Ledningssystemet ska bl.a. säkerställa att mål utifrån lagstiftning, föreskrifter, värdegrund samt ettårsplanen sätts upp. Målen ska vara mätbara och gå att följa upp. Ledningssystemet ska säkerställa att det systematiska kvalitetsarbetet omfattar metoder för att planera, genomföra, följa upp och förbättra verksamheten.

Vård och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet är utformat och innehåller processer, aktiviteter, rutiner ansvarsfördelning, samarbetsformer och tidsram samt ansvarig för utvärdering. Nämnden har identifierat de processer som man anser behövs i verksamheten för att uppnå god kvalitet för brukaren, hög patientsäkerhet samt god kvalitet i ekonomin och för medarbetaren. Processer är indelade i fyra grupper: brukare, kvalitet, medarbetare och ekonomi. Nämnden har identifierat generella aktiviteter och rutiner som ingår i varje process. Kvalitetsledningssystemet beskriver vem som är ansvarig för varje rutin samt vem som är ansvarig för att aktiviteterna genomförs. Ledningssystemet ska vara en struktur för hur kommunen avser att följa upp, utvärdera och förbättra processerna.

Vid intervjuerna anges att det kvarstår att tydligare koppla nämndens mål till kvalitetsledningssystemet. Det är en brist som uppges åtgärdas under 2013.

4.2.2. *Kvalitet-, avtal- och verksamhetsuppföljning*

Vid intervjuer, kommunens ledningssystem för kvalitet och kommunens kvalitetsredovisning för 2012 följer kommunen bl.a. nationella jämförelser och brukarundersökningar, egna kvalitetsundersökningar/kontroller, de förtroendevalda revisorernas rapporter, socialstyrelsens tillsyn och nationella register m.m. Nedan redogörs exempel på förvaltningens kvalitetsuppföljning:

- **Egenkontroll** – Verksamhetschefen genomförde en egenkontroll inom särskilt boende. Denne kontrollerade bl.a. existens av kvalitetsplaner, kvalitetsberättelser, genomförandeplaner, brukarens delaktighet i genomförandeplanen, kontaktmän, organiserat brukarinflytande, existens av rutiner kring brukarens ekonomi, samarbete med närstående, myndighet, läkare, sjuksköterskor, granskning av social dokumentation, rutiner för missförhållande samt medicinskt avvikelshantering osv.
- **Kvalitetskontroll** – Verksamhetscontrollern genomförde under våren kvalitetskontroller, genom intervjuer med enhetschefer, på alla enheter (även externa utförare) efter ett beslut i nämnden. Motivet bakom kvalitetskontrollen var kvalitetsutveckling. Kvalitetskontrollen rörde områden som patientsäkerhet, delegering, personal och ledning, synpunktshantering, brukarnas delaktighet, avvikelshantering, riskanalys, trygghet och säkerhet, samverkan internt och externt, dokumentation och genomförandeplan, mål och åtaganden (ettårsplan), enkäter och öppna jämförelser samt arbetsmiljö och brandskydd. Detta följs upp i kvalitetsredovisning och resultatet sprids på arbetsplatsträffar.
- **Brukarundersökning** – Kommunen har beställt en totalundersökning av Socialstyrelsen. Måluppfyllelsen inom äldreomsorgen bygger på denna. Man följer bl.a. nyckeltal avseende inflytande, bemötande, diskriminering, bedömning av hälsotillstånd, nöjda brukare, trygga brukare, stimulans och aktivitet osv. Detta följs upp i kvalitetsredovisning och årsredovisning
- **Öppna jämförelser** – Bygger på socialstyrelsens brukarundersökning och förutom ovanstående följs nyckeltal så som boendemiljö, mat och måltidsmiljö, tillgänglighet av vård- och omsorg, utevistelser och social aktivitet. Nyckeltalen delas på per kön och jämförs mot länet och riket. Detta följs upp i kvalitetsredovisning och årsredovisning.
- **Södertörnsnyckeltal** – Jämförelseprojektet som har tillkommit på initiativ av Sveriges kommuner och landsting (SKL), Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) och Finansdepartementet. Botkyrka ingår i detta samarbete tillsammans med en rad andra Stockholmskommuner. Samarbetet syftar till att förbättra kvaliteten och bedöma kvaliteten i verksamheten i jämförelse mot insatta medel mot kommunerna i nätverket samt mot andra nätverk som ingår i projektet.

- **Patientsäkerhet** – Genomgång av rutiner för fallskador, trycksår, nutrition, hygien, läkemedelshantering, avvikelser enligt Lex Sarah och Lex Maria, klagomål och synpunkter. Detta följs upp och redovisas i patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsredovisning samt ingår som ett frågeområde kvalitetskontrollen.
- **Internkontrollplan** - Förutom kontroller som rör ekonomi och redovisning ingår även b.la. kontroller av genomförandeplaner, avvikelser i verksamheten, SoL, LSS och HSL, pedagogiska måltider och personalmåltider samt granskning av uppföljning av ärenden. Uppföljning av internkontrollen redovisas årligen i särskilt ärende till nämnden.

Enligt uppgift har kommunen genomfört kvalitetskontroller, utifrån samma modell som boenden i egen regi, av entreprenaden och på ett boende med ca 20 placeringar. Myndighet gör också uppföljningar på individnivå. Förvaltningen följer upp samtliga avtal (samtliga placeringar) utifrån pris och nivå varje månad.

Vid intervjuer med förvaltningen framkommer att det har skapats en systematik kring uppföljningen de senaste 1,5 åren. Exempelvis har förvaltningen utformat nämndens ledningssystem för kvalitet och infört en årlig tillsyn av kvaliteten. Förvaltningen anser sig också kommit ganska långt i detta arbete även om implementeringen av kvalitetsledningssystem inte är klar och fortsätter under år 2013.

Nämnden har inte antaget någon plan för nämndens kvalitets- och verksamhetsuppföljning avseende särskilt boende. Dock har förvaltningen en årsplan för äldreomsorgen, som följer processperspektiven i kvalitetsledningssystemet, och beskriver vad och när kvaliteten ska följas upp under året.

Vid intervjuerna framkommer också att det genomförs kvalitetsdialoger med de olika enheternas chefer som får svara inför ledningen för sina resultat.

4.2.3. Rapportering till Vård- och omsorgsnämnden

En genomgång av Vård- och omsorgsnämndens protokoll och handlingar mellan januari 2012 och mars 2013 har skett för att få en bild av hur nämnden följer upp kvalitet och verksamhet inom verksamheten för särskilt boende. Följande har noterats vid genomgången av nämndens protokoll och handlingar:

- Förvaltningschefen presenterade muntligen medarbetarundersökningen 2012 på övergripande nivå för nämnden. Denna ingår även i kvalitetsredovisningen för 2012.
- Nämnden godkände slutrapporten avseende Demensprojektet och uppdrog till förvaltningen att arbeta vidare med demensvårdens utveckling samt arbeta fram en demensstrategi.

- Nämnden tog del av Patientsäkerhetsberättelse 2012 och Patientsäkerhetsplan 2013. Muntlig återkoppling ska ske i samband med delårsrapport.
- Nämnden godkände förvaltningens förslag till långsiktig strategi för ekonomi i balans med utvecklad kvalitet.
- Nämnden godkände uppföljningen av internkontrollplanen för år 2011 och 2012 samt internkontrollplan 2013.
- Nämnden godkände förvaltningens förslag till utformning och införande av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Nämnden tog muntligen del av redovisning av kvalitetstillsynen som gjorts på samtliga enheter i förvaltningen under perioden april-juni 2012.
- Nämnden godkände rapporten av projektet - Socialt innehåll i äldres vardag. Förvaltningen fick i uppdrag att återkomma med hur man ska jobba vidare med projektet samt att göra en inventering av "social" utrustning på kommunens boenden.
- Nämnden tog muntligen del av brukarundersökningen 2012.
- Nämnden godkände kvalitetsredovisning 2012.
- Nämnden informerades om anmälningar avseende Lex Maria.

Som nämnt ovan godkände Vård- och omsorgsnämnden kvalitetsredovisningen i mars 2012. Från och med 2012 ställer socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 krav på en sammanställd redovisning av kvaliteten enligt SoL och HSL. Kvalitetsredovisningen innehåller beskrivningar och resultat avseende bl.a. kvalitetsarbetet inom förvaltningen, ledningssystemet för kvalitet, nämnden värdegrund och mål, resultatet från förvaltningens uppföljningar, resultatet från nationella jämförelser och register, socialstyrelsens tillsyn, utvecklingsprojekt samt framtida utvecklings- och förbättringsområden.

Vård- och omsorgsnämndens patientsäkerhetsberättelse innehåller även patientsäkerhetsplan för 2013. Vi noterar att patientsäkerhetsberättelsen till viss del saknar resultat från 2012 års patientsäkerhetsarbete. Enligt förvaltningen haltar patientsäkerhetsarbetet något men att den nya medicinskt ansvariga sjuksköterskan har påbörjat ett arbete att se över och förbättra kommunens patientsäkerhetsarbete och patientsäkerhetsberättelse.

4.2.4. Bedömning och kommentarer

Vi kan konstatera att nämnden har antagit ett ledningssystem för kvalitet vilket enligt förvaltningen ska vara utformat enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Ledningssystemet är en struktur för hur kommunen avser att följa upp, utvärdera, och förbättra identifierade processer och skapa förutsättningar för systematiskt kvalitetsarbete. Implementeringen av kvalitetssystemet påbörjades år 2012 och

fortsätter under år 2013. Förvaltningen har en dokumenterad årsplan för kvalitetsuppföljning kopplat till nämndens ledningssystem för kvalitet. Förvaltningen anser sig ha en strukturerad kvalitetsuppföljning avseende särskilt boende och detta arbete har bedrivits aktivt de senaste 1,5 åren. Uppföljningen av nämndens mål och indikatorer avseende särskilt boende sker i nämndens årsredovisning och övrig kvalitet följs upp i nämndens kvalitetsredovisning. Enligt protokollen följer nämnden aktivt upp kvaliteten i särskilt boende under året. Vi uppfattar att nämndens kvalitetsuppföljning omfattar allt väsentligt även externa utförare.

Vi gör därför bedömningen att Vård- och omsorgsnämnden i allt väsentligt har en struktur för uppföljning av uppställda och avtalade mål och krav.

2013-04-04

Martin Andersson

Projektledare

Jan Nilsson

Uppdragsledare

Bilaga 1 – Erhållna dokument

- Presentation av egenkontrollen
- Botkyrka kommuns flerårsplan 2013-2016
- Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Patientsäkerhetsberättelse 2012 och Patientsäkerhetsplan 2013 – Äldreomsorgen
- Vård- och omsorgsnämndens ettårsplan 2013
- Äldreomsorgens verksamhetsberättelse 2012
- Äldreomsorgen verksamhetsplan 2013
- Årsplan för äldreomsorgen (kvalitetsuppföljning)
- Årsredovisning 2011 för vård- och omsorgsnämnden
- Årsredovisning 2012 för vård- och omsorgsnämnden
- Avtal Attendo
- Förfrågningsunderlag - Särskilda boenden enligt SoL (2011-02-23)
- Internkontrollplan 2013
- Kvalitetskontroll – tillsynsplan (tjänsteskrivelse Dnr von/2012:11)
- Frågeformulär Tillsyn 2012
- Sammanställning av kontroller 2012 – vård- och omsorg
- Vård- och omsorgsnämnden Kvalitetsredovisning 2012
- Tildelningsbeslut – upphandling särskilda boenden enligt SoL (2011-06-09)
- Uppföljning av Internkontrollplan tjänsteskrivelse bilaga 2012
- Internkontrollplan 2013
- Uppföljning av internkontrollplan 2012