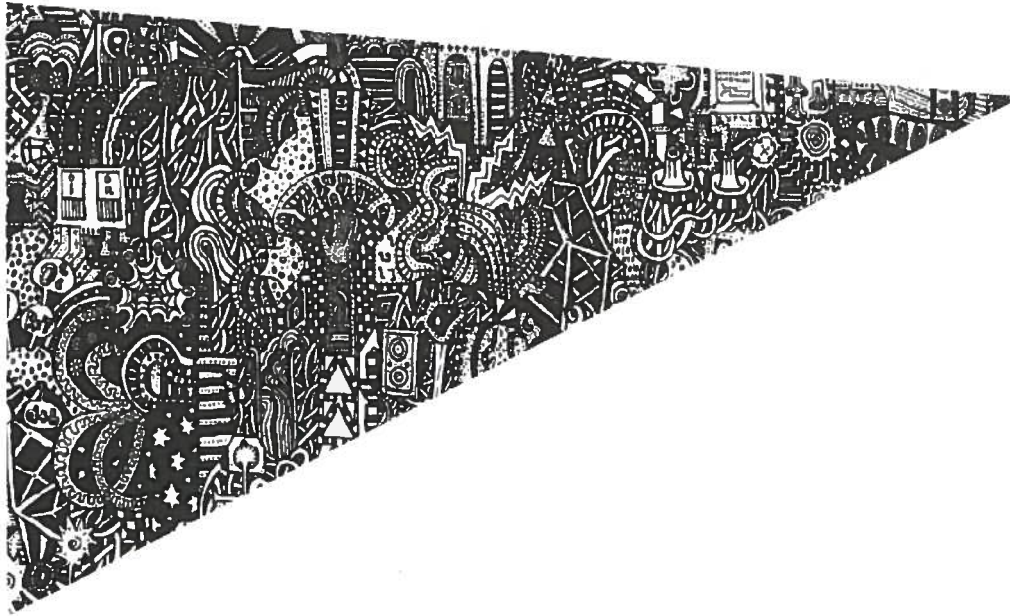


2013 -02- 25

Diariernr 21/12

# Mölnads Stad

## Granskning av kvalitet och produktionsmått inom äldreomsorgen



## Innehåll

<b>1. Sammanfattning</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Inledning</b> .....	<b>4</b>
2.1. Bakgrund .....	4
2.2. Syfte och revisionsfrågor.....	4
2.3. Revisionskriterier.....	5
2.4. Metod.....	5
2.5. Avgränsning.....	5
<b>3. Styrning av kvalitet</b> .....	<b>6</b>
3.1. Kommunfullmäktiges mål och nämndens system för styrning .....	6
3.2. Ledningssystem för kvalitet .....	6
3.3. Kravspecifikation .....	7
3.4. Nämndens styrning av den egna verksamheten.....	7
3.5. Kvalitetsarbete på enhetsnivå .....	7
3.6. Bedömning.....	8
<b>4. Uppföljning</b> .....	<b>9</b>
4.1. Uppföljning utifrån ledningssystem för kvalitet .....	9
4.2. Uppföljning av politiskt prioriterade mål.....	10
4.3. Övrig uppföljning .....	10
4.4. Brukarundersökningar och synpunktshantering.....	10
4.5. Uppföljning på individnivå.....	11
4.6. Ersättningsmodellen.....	11
4.7. Avvikelsehantering .....	12
4.8. Forum för att följa upp kvalitetsarbetet .....	12
4.9. Jämförelse av kvalitet mellan olika utförare .....	13
4.10. Bedömning .....	13
<b>5. Ansvar för systematiskt förbättringsarbete</b> .....	<b>15</b>
5.1. Bedömning.....	15
<b>6. Sammanfattande bedömning och rekommendationer</b> .....	<b>16</b>
<b>7. Dokumentförteckning</b> .....	<b>17</b>
7.1. Mölndals stad:.....	17
7.2. Stadsmissionen:.....	17
7.3. Kooperativet Olga .....	17
7.4. Aida vårdservice .....	18
7.5. Kommunala utförare.....	18
<b>Bilaga 1 - Revisionskriterier</b> .....	<b>19</b>

## 1. Sammanfattning

Ernst & Young har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Mölndals stad genomfört en granskning av hur Vård- och omsorgsnämnden säkerställer kvalitet i äldreomsorgen. Granskningens övergripande syfte är att granska hur vård- och omsorgsnämnden följer upp kvaliteten i äldreomsorgen. Uppdraget har inneburit att kartlägga om det finns någon skillnad i kvalitet mellan externa utförare och kommunens egen verksamhet. Hur kommunstyrelsen utövar sin uppsiktsplikt och insyn i verksamheten har också undersökts.

Sammanfattningsvis bedöms vård- och omsorgsnämnden ha säkerställt ett tydligt system för att styra och följa upp kvaliteten i äldreomsorgen. Granskningen visar dock att det finns flera utvecklingsområden i uppföljningen och att arbetet med att överföra uppföljningsresultat till utveckling av verksamheten kan utvecklas och stärkas. Nedan sammanfattas granskningen utifrån ställda revisionsfrågor.

### **Hur definieras kvalitetsmått? Hur konstrueras mätetal/indikationer för kvalitet?**

Vård- och omsorgsnämnden har antagit ett ledningssystem för kvalitet. Ledningssystemet utgår från tio kvalitetsområden som nämnden antagit. Inom ramen för ledningssystemet för kvalitet finns policydokument framtagna. I dessa uttrycker vård- och omsorgsnämnden övergripande kvalitetsmål för det aktuella kvalitetsområdet samt hur målen ska följas upp. För vissa mål finns specifika indikatorer/kvalitetsmått framtagna för mätning av måluppfyllelse.

I nämndens verksamhetsplan anges ett antal prioriterade mål för verksamhetsåret. Målen ska styra den kommunala äldreomsorgen under verksamhetsåret. De prioriterade målen är framtagna utifrån de kvalitetsområden som finns fastställda i kvalitetsledningssystemet. För målen finns indikatorer antagna som ska användas för att mäta måluppfyllelsen.

### **Skiljer sig målen mellan interna och externa utförare?**

Målen som finns framtagna enligt ledningssystem för kvalitet gäller samtliga utförare, såväl externa som interna. De politiskt prioriterade målen gäller enbart den interna verksamheten.

För några av målen som tagits fram inom ramen för ledningssystemet för kvalitet saknas indikatorer. Enligt policydokumenten ska dessa följas upp genom beskrivning av måluppfyllelsen i enheternas verksamhetsrapporter. Det är dock inte kravställt att de externa utförarna av hemtjänst ska redovisa sina verksamhetsrapporter till nämnden. Därmed sker inte samma typ av uppföljning utifrån målen mellan interna och externa utförare.

### **Vilken metod används för att överföra uppföljningsresultat till utveckling av verksamheten?**

Av vad som framkommit i granskningen bedöms det finnas flera utvecklingsområden i arbetet med att överföra uppföljningsresultat till utveckling av verksamheten. Det kan konstateras att det saknas strukturerade metoder för arbetet med förbättringsåtgärder och att uppföljningen av förbättringsarbetet kan utvecklas.

### **Vilka möjligheter ger ersättningsmodellen till kvalitetsuppföljning?**

Ersättningsmodellen är utformad för att säkerställa att brukaren erhåller maximal tid. I syfte att säkerställa detta används ett verktyg för tidsregistrering, Mobipen. Det råder delade meningar om funktionaliteten med Mobipen. Vissa utförare uppger att de är mycket nöjda med verktyget, medan andra utförare registrerar tid manuellt med hänvisning till att systemet inte fungerar. Vår bedömning är att manuell registrering av tid kan innebära en risk för eventuella felaktigheter.

### **Hur följs kvalitet upp på individnivå?**

Uppföljning av kvalitet på individnivå sker på flera sätt. Ledningssystemet innehåller riktlinjer för kvalitetsuppföljning på individnivå, vilket bedöms vara positivt. Vi bedömer dock att uppföljningen av kvalitet på individnivå kan utvecklas. Vid verksamhetsuppföljning granskas rutiner för framtagande av genomförandeplaner. Det saknas dock indikatorer för att mäta kvaliteten i genomförandeplanernas innehåll.

Granskningen visar även att det inte sker någon systematisk uppföljning av kvalitet och rätts-säkerhet i ärendehandläggningen inom biståndsenheten.

### **Utifrån granskningen lämnas följande rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:**

- ▶ Nämnden bör se över och säkerställa en tillfredsställande uppföljning av samtliga mål inom ledningssystemet för kvalitet.
- ▶ Nämnden bör tillse att kvalitetsarbetet implementeras på ett tillfredsställande sätt inom samtliga enheter, vilket ställer krav på systematisk och strukturerad uppföljning. Inte minst gäller detta avvikelserapporteringen och efterlevnaden till mål och riktlinjer på området.
- ▶ Det bör finnas likartat stöd för framtagande av rutiner inom samtliga kvalitetsområden.
- ▶ Nämnden bör se över möjligheterna att utveckla kvalitetsuppföljningen ytterligare bland annat avseende indikatorer för att mäta kvaliteten i innehållet i vård- och omsorgen exempelvis avseende bemötande, genomförandeplanernas innehåll etc.
- ▶ Systematiken och metoderna för att överföra uppföljningsresultat som grund för utveckling av verksamheten bör utvecklas och stärkas.
- ▶ Ett utvecklingsområde är också att skapa tillfredsställande systemstöd för uppföljningen som grund för att underlätta kvalitetsarbetet, till exempel genom IT-stöd.
- ▶ Nämnden bör tillse en tydlig rapportering av de synpunkter och klagomål som inkommer via synpunkts- och klagomålshanteringsystemet.
- ▶ Tillse att manuell registrering av tid hos brukare minimeras och att tidregistreringssystemet Mobipen implementeras inom samtliga enheter och har full funktionalitet.

## 2. Inledning

### 2.1. Bakgrund

Mölnads stad har ett antal externa utförare av äldreomsorg, både inom hemtjänst enligt lag om valfrihet (LOV) och på kommunens äldreboenden. I kommunallagen 6 kap 7§ framgår att nämnderna var och en inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ansvarar också för att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten i övrigt bedrivs på ett tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när vården av en kommunal angelägenhet med stöd av 3 kap 16 § har lämnats över till någon annan. Ansvaret för kontroll och uppföljning av externa utförare vilar enligt kommunallagen således på den nämnd som kontrakterat utföraren.

Revisorerna har tidigare granskat hur avtal med externa utförare inom äldreomsorgen är utformade och kunde då konstatera att uppföljning och tillsyn gjordes på ett tillfredsställande sätt. I förfrågningsunderlaget gällande tjänster inom LOV står: *"Stadens revisorer har rätt att kontrollera och utvärdera utförarens verksamhet på samma sätt som för verksamhet som staden bedriver i egen regi. Utföraren förbinder sig att aktivt medverka och underlätta revisorernas arbete"*.

Sedan Mölnads stad införde valfrihet inom hemtjänsten enligt LOV har vissa justeringar gjorts i ersättningssystemet till utförarna. Under våren 2012 gjorde äldreomsorgen en egen översyn av ersättningsmodellen och vilka incitament den skapar hos utförarna. Översynen visade att möjligheter till kvalitetsuppföljning har begränsningar.

Det har även framkommit att medborgare ibland uppfattar att de externa utförarnas verksamheter är sämre än de kommunala. Revisorerna vill göra en jämförelse mellan kvalitén hos de olika utförarna, både kommunala och externa.

Revisorerna i Mölnads stad har uppdragit åt Ernst & Young att genomföra en granskning av hur Vård- och omsorgsnämnden säkerställer kvalitet i äldreomsorgen.

### 2.2. Syfte och revisionsfrågor

Granskningens övergripande syfte är att granska hur vård- och omsorgsnämnden följer upp kvalitet i äldreomsorgen. Uppdraget har inneburit att kartlägga om det finns någon skillnad i kvalitet mellan externa utförare och kommunens egen verksamhet. Hur Kommunstyrelsen utövar sin uppsiktsplikt och insyn i verksamheten har också undersökts.

Syftet har preciserats i följande revisionsfrågor som utgör grund för granskningen:

- ▶ Finns det mätbara mål för kvalitet?
- ▶ Hur definieras kvalitetsmått?
- ▶ Hur konstrueras mätetal/indikationer för kvalitet?
- ▶ Skiljer sig målen mellan interna och externa utförare?
- ▶ Vilken metod används för att överföra uppföljningsresultat till utveckling av verksamheten?
- ▶ Vilka möjligheter ger ersättningsmodellen till kvalitetsuppföljning?
- ▶ Hur följs kvalitet upp på individnivå?

### 2.3. Revisionskriterier

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som bildar underlag för granskningens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna i föreliggande granskning utgörs av:

- ▶ Kommunallagen 3 kap. 16§ och 6 kap. 7 § som reglerar nämndernas uppdrag.
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- ▶ Vård- och omsorgsnämndens styrdokument och policys
- ▶ Mölndals stads avtal med externa utförare

Revisionskriterierna som utgörs av lagar och föreskrifter beskrivs närmare i bilaga 1. Revisionskriterier som utgörs av styrdokument, policys och avtal beskrivs löpande i rapporten.

### 2.4. Metod

Granskningen bygger på dokumentstudier och intervjuer. Både gruppintervjuer och enskilda intervjuer har genomförts. De dokument som granskats framgår i kapitel 7, dokumentförteckning.

Intervjuer har genomförts med:

- ▶ Vård- och omsorgsnämndens presidium
- ▶ Förvaltningschef vård- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering
- ▶ Chef för biståndsenheten
- ▶ Chef för hemsjukvården
- ▶ Tillförordnad chef för kvalitets- och beställarenheten
- ▶ Tre enhetschefer inom externa utförare av hemtjänst
- ▶ Tre enhetschefer inom kommunala utförare av hemtjänst

### 2.5. Avgränsning

Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden. Kvalitetsarbetet undersöks dels på övergripande nivå och dels genom fördjupad granskning vid totalt sex enheter inom hemtjänsten. De utvalda enheterna består av tre kommunala utförare av hemtjänst respektive tre externa utförare av hemtjänst. De utvalda enheterna är:

- ▶ Göteborgs kyrkliga stadsmission (extern)
- ▶ Aida vårdsservice (extern)
- ▶ Kooperativet Olga (extern)
- ▶ Bifrost hemtjänstenhet (kommunal)
- ▶ Källered-Lindome hemtjänstenhet (kommunal)
- ▶ Centrum hemtjänstenhet (kommunal)

### **3. Styrning av kvalitet**

#### **3.1. Kommunfullmäktiges mål och nämndens system för styrning**

Kommunfullmäktige har antagit mål för vård- och omsorgsverksamheten i Mölndals stad. Ett av målen lyder "Staden ska tillgodose medborgarnas behov av tillgång till god vård och omsorg". Inriktningen för 2012 är att minska kostnaden per brukare inom särskilt boende och hemtjänst samt att uppnå höga resultat i nationella brukarundersökningar.

Vård- och omsorgsnämnden har antagit en vision för verksamheten som lyder: "Kvalitet i varje möte". Visionen och kommunfullmäktiges mål ligger till grund för nämndens styrning av kvalitetsarbetet i äldreomsorgen.

Vård- och omsorgsnämnden har antagit ett system för ledning, styrning, ersättning och uppföljning. Systemet bygger på en så kallad beställar-utförarmodell och implementerades i äldreomsorgen under 2011 i samband med att Lagen om valfrihet (LOV) infördes. Enligt nämndens budget/plan för 2012-2014 består systemet av följande delar:

- ▶ Ledningssystem för kvalitet ur brukarperspektiv och en utifrån ledningssystemet framtagen kravspecifikation för respektive tjänst
- ▶ Definierade tjänster och tydliga uppdrag
- ▶ Produktionsbaserat ersättningssystem
- ▶ Plan för uppföljning av uppdrag, mål och kvalitet inklusive internkontrollplan

Ovan nämnda delar utgör grunden för de uppdrag nämnden ger verksamheten. Uppdragen formaliseras i fleråriga avtal med externa utförare samt ettåriga uppdrag till interna utförare som följer budgetåret.

#### **3.2. Ledningssystem för kvalitet**

Ledningssystem för kvalitet är vård- och omsorgsnämndens verktyg för att styra och följa upp äldreomsorgen i staden. Systemet har sin utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för verksamheter enligt socialtjänstlagen (SoL), lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Vård- och omsorgsnämnden har antagit tio kvalitetsområden som utgångspunkt för ledningssystemet. Kvalitetsområdena är följande:

- ▶ Insatser och vårdåtgärder
- ▶ Tillgänglighet
- ▶ Bemötande
- ▶ Handläggning och dokumentation
- ▶ Samverkan och samarbete
- ▶ Personal och kompetens
- ▶ Tjänster, produkter och teknik
- ▶ Avvikelse
- ▶ Synpunkter och klagomål
- ▶ Uppföljning och utvärdering

Ledningssystemet består av styrdokument som gäller för alla utförare inom äldreomsorgen, såväl kommunala som externa. Styrdokumenterna utgår från de tio kvalitetsområdena och antas på tre nivåer: policy, riktlinje och rutin.

*Policydokumenten* inom de olika kvalitetsområdena uttrycker vård- och omsorgsnämndens övergripande kvalitetsmål för det aktuella området samt hur målen ska följas upp. Policydokumenten har antagits av nämnden. För vissa mål finns specifika indikatorer för mätning av måluppfyllelse framtagna. De mål som saknar indikatorer ska enligt policydokumenten följas upp genom beskrivning av måluppfyllelsen i verksamhetsberättelserna.

*Riktlinjerna* tas fram förvaltningscentralt och uttrycker förvaltningschefens syn på hur verksamheterna ska leva upp till beslutade policys. Riktlinjerna ligger sedan till grund för de *rutiner* som ska styra det dagliga kvalitetsarbetet och som ska upprättas på varje arbetsplats, såväl hos de externa som interna utförarna av äldreomsorg. De skriftliga rutinerna ligger till grund för hur det dagliga arbetet ska utföras. För att underlätta arbetet med att ta fram rutiner finns stödfrågor och en mall för hur rutinen skall upprättas. Det är enhetschefernas ansvar att tillse att rutinerna tas fram och implementeras.

### **3.3. Kravspecifikation**

I staden finns en beställarenhet som formulerar de krav som både kommunala och externa utförare av äldreomsorg ska följa. Det finns kravspecifikationer framtagna för såväl hemtjänst som särskilt boende. Enheten upphandlar och tecknar avtal med externa utförare enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) respektive lagen om valfrihetssystem (LOV).

Kravspecifikationerna anger vilka krav som ställs på utförare av äldreomsorg utifrån de kvalitetsområden som finns framtagna i ledningssystemet för kvalitet. Av specifikationerna framgår att utföraren ansvarar för att all personal har kunskap om gällande lagstiftning och stadens riktlinjer (ledningssystem för kvalitet). Det framgår även att utföraren ansvarar för att all personal ska följa riktlinjerna och de av utföraren upprättade rutinerna.

### **3.4. Nämndens styrning av den egna verksamheten**

I nämndens verksamhetsplan anges ett antal prioriterade mål för verksamhetsåret. Målen ska styra den kommunala äldreomsorgen under verksamhetsåret. De prioriterade målen är framtagna utifrån de kvalitetsområden som finns fastställda i kvalitetsledningssystemet. För målen finns indikatorer antagna som ska användas för att mäta måluppfyllelsen.

Enheterna inom den kommunala organisationen bryter ner de politiskt prioriterade målen i verksamhetsplaner. Vi har tagit del av tre hemtjänstenheters verksamhetsplaner. I dessa framgår vilka aktiviteter/strategier som ska vidtas på enheten för att uppfylla målen.

### **3.5. Kvalitetsarbete på enhetsnivå**

En stor del av det praktiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen bedrivs på enhetsnivå. Av intervjuerna framgår att en viktig del i kvalitetsarbetet är framtagandet av och implementeringen av rutiner enligt kvalitetsledningssystemet.

Enligt de intervjuade varierar det i stor utsträckning mellan enheterna hur utvecklat kvalitetsarbetet är. Enhetscheferna har enligt ledningssystemet stort ansvar och ska tillse att rutiner tas fram och implementeras. Av intervjuerna framkommer synpunkter på att vissa enhetschefer upplever att policydokumenten och riktlinjerna är svårtolkade och att det därmed kan



uppstå svårigheter att ta fram rutiner utifrån dokumenten. Vidare framkommer att det ännu inte finns stödfrågor framtagna för samtliga kvalitetsområden, vilket upplevs försvåra arbetet.

Rutiner för samverkansarbetet mellan enheter ska enligt ledningssystemet för kvalitet tas fram på respektive enhet och därmed inte i samverkan mellan berörda parter. Av intervjuerna framgår synpunkter på att det är svårt att implementera samverkansrutinerna eftersom rutinerna kan se olika ut på enheterna. Enligt de intervjuade kan systemet med att ta fram lokala samverkansrutiner leda till brister i vårdkedjan. Flera av de intervjuade efterfrågar istället en central tvärprofessionell grupp som kan utarbeta samverkansrutiner.

### **3.6. Bedömning**

Vår bedömning är att det finns ett tydligt system för styrning av kvalitet i äldreomsorgen i Mölndals stad. Systemet präglas av en god överensstämmelse mellan mål på olika nivåer. Utifrån kommunfullmäktiges mål om en god vård och omsorg har nämnden specificerat egna mål som styr verksamheten, vilka omfattar såväl den egna verksamheten som de externa utförarna inom staden. Vidare konstaterar vi att nämndens mål har en tydlig koppling till de tio kvalitetsområden som nämnden antagit som grund för kvalitetsarbetet. Det finns också ett tydligt system för hur de övergripande målen inom kvalitetsledningssystemet ska brytas ner på olika nivåer inom verksamheterna. Vår bedömning är att det är positivt att det till flera av målen finns mätetal/indikatorer kopplade och att detta bidrar till att tydliggöra målstyrningen. Dock bedömer vi att nämnden bör se över och säkerställa en tillfredsställande och likvärdig uppföljning av samtliga mål, vilket närmare kommer att beskrivas i nästa kapitel.

Vår bedömning är att nämnden på ett tydligt sätt kravställer kvalitetskrav och uppdrag till både de interna och externa utförarna inom äldreomsorgen. Två centrala delar i detta är dels kravspecifikationerna och dels de uppdrag som ges till verksamheterna. Kvalitetskraven bedöms vara tydligt strukturerade utifrån de tio kvalitetsområdena och vidare framgår på ett tydligt sätt av kravspecifikationerna att verksamheterna ska arbeta i enlighet med ledningssystemet för kvalitet.

Granskningen visar att ett stort ansvar i det praktiska kvalitetsarbetet vilar på de olika verksamheterna inom äldreomsorgen och att det finns variationer i hur utvecklat kvalitetsarbetet är mellan olika enheter. Vår bedömning är att ett utvecklingsområde för vård- och omsorgsnämnden är att tillse att implementeringen av mål och uppdrag sker på ett tillfredsställande sätt inom samtliga enheter vilket ställer krav på systematisk och strukturerad uppföljning. Vi bedömer också att vård- och omsorgsnämnden bör tillse att det finns likartat stöd för framtagande av rutiner inom samtliga kvalitetsområden.

## 4. Uppföljning

### 4.1. Uppföljning utifrån ledningssystem för kvalitet

Vård- och omsorgsförvaltningen utreder och genomför beslut på vård- och omsorgsnämndens uppdrag. Inom förvaltningen finns en stab för administrativt arbete. Där ingår bland annat kvalitet- och beställarenheten<sup>1</sup>. Ett av enhetens uppdrag är att bygga, utveckla och informera kring ledningssystem för kvalitet ur brukarperspektiv samt skapa struktur för uppföljning. Enheten ansvarar för att genomföra uppföljningar av utförare inom äldreomsorgen. Detta framgår av enhetens uppdragsbeskrivning.

Controllers inom kvalitet- och beställarenheten genomför uppföljningen av utförare av äldreomsorg. Uppföljningen genomförs enligt en särskild plan där det framgår vilka enheter som ska följas upp det kommande halvåret. Externa utförare som kommunen har tecknat avtal med följs upp årligen. Enligt intervjuerna besöks samtliga övriga enheter, såväl interna som externa, med cirka två och ett halvt års mellanrum.

Uppföljningarna dokumenteras av ansvarig controller och efter besöken sammanställs resultatet av uppföljningarna i enhetsspecifika uppföljningsrapporter. Detta gäller såväl de externa som interna utförarna. Sammanställning av rapporterna redovisas halvårsvis till nämnden.

Uppföljning av äldreomsorgsverksamheten sker på samma sätt oavsett om utföraren är extern eller kommunal. Utgångspunkten för uppföljningen är de kravspecifikationer som utgör nämndens uppdrag/beställning. En checklista för uppföljning finns framtagen. Checklistan utgår från kravspecifikationen och därmed ledningssystemet för kvalitet. Fokus för uppföljningarna är att granska vilka rutiner som har arbetats fram enligt ledningssystemet och om de är implementerade i verksamheten.

I de fall uppföljningarna visar att utförarna inte uppfyller de krav som ställs på verksamheten, exempelvis om rutiner inte är framtagna eller implementeringen brustit, skall utföraren vidta förbättringsåtgärder. Då brister identifierats hos externa utförare skickas en skrivelse med begäran om att åtgärder ska vidtas. Förvaltningschef är avsändare. Inom den egna verksamheten följs bristerna upp genom dialog mellan förvaltningschef och enhetschef. Inom utsatt tidsfrist skall sedan utföraren, såväl intern som extern, återrapportera vilka åtgärder som har vidtagits.

Av intervjuerna med nämndens presidium och förvaltningschefen framkommer att det finns utvecklingsområden i kvalitetsarbetet framförallt avseende att utveckla bra och relevanta måttal och indikatorer utifrån de framtagna målen. Detta är en synpunkt som också återfinns bland övriga intervjuade. Exempelvis framkommer av intervjuerna synpunkter på den verksamhetsuppföljning som görs. De intervjuade menar att det kan vara svårt att mäta den faktiska kvaliteten i verksamheten då fokus vid uppföljningarna främst är kontroll av vilka rutiner som finns framtagna. Vidare menar de intervjuade att vissa mål inom kvalitetsområden såsom bemötande och tillgänglighet generellt är svåra att följa upp. De indikatorer som mäter måloppfyllelsen grundar sig främst i resultat av brukarundersökningar. De intervjuade menar att brukarundersökningarna inte täcker alla de komponenter som bör mätas. Svarsfrekvensen varierar dessutom mellan enheterna vilket gör att resultatet därmed inte ger en helt rättvisande bild av kvaliteten menar de intervjuade.

---

<sup>1</sup> Tidigare kallad enheten för kvalitet- och verksamhetsutveckling

Som tidigare nämnts saknas det indikatorer för vissa av de mål som antagits som grund för ledningssystemet för kvalitet. Av policydokumenten framgår att måluppfyllelsen för dessa mål ska beskrivas i verksamhetsrapporter. Det är däremot inte kravställt att de externa hemtjänstutförarna ska redovisa verksamhetsrapporterna till nämnden. Därmed sker inte uppföljning av samtliga mål som finns antagna i ledningssystem för kvalitet.

Av intervju med förvaltningschefen framkommer att ett viktigt utvecklingsområde i kvalitetsuppföljningen är att utveckla IT-stöd som på ett bättre sätt än idag kan stödja uppföljningen. Idag sker stor del av uppföljningen manuellt vilket uppges vara både svårt och tidskrävande.

#### **4.2. Uppföljning av politiskt prioriterade mål**

De kommunala enheterna redovisar sin måluppfyllelse för de politiskt prioriterade målen i samband med delårs- och årsuppföljningar. Enheternas verksamhetsrapporter utgör underlag för Vård och omsorgsnämndens samlade delårs- och årsrapport som presenteras för nämnden.

Måluppfyllelsen mäts genom de indikatorer som finns framtagna och redovisas utifrån den statistik som finns att tillgå, såsom brukarundersökningar, rapporterade läkemedelsgenomgångar, antal verkställda beslut inom 3 månader etc. Verksamhetsrapporterna rapporteras till nämnden. Enligt intervjuer sker dock ingen återkoppling från nämnden eller förvaltningsledning till verksamheterna rörande resultatet av måluppfyllelsen.

#### **4.3. Övrig uppföljning**

Enligt nämndens presidium förekommer det att enskilda kontakter ledamöter i nämnden för att framföra synpunkter på äldreomsorgen och kvaliteten i verksamheten. Nämndens presidium uppger att den kontakt som medborgarna själva tar med ledamöter i nämnden är ett viktigt led i att följa upp brukarnöjdheten.

Nämnden brukar även genomföra studiebesök på olika boendeenheter inom äldreomsorgen. Vid dessa besök träffar ledamöterna omvårdnadspersonal, enhetschefer och brukare. Besöken sker efter halvårsvisa schema där det framgår vilka enheter som ska besökas. Samtliga boendeenheter besöks med ca två års mellanrum. Enligt presidiet är besöken ett viktigt led i att följa upp äldreomsorgsverksamheten. Brister som uppmärksammas återrapporteras på nämndens sammanträden och beslut om åtgärder fattas. I verksamhetsberättelsen framgår en specifik redovisning av resultaten från nämndens uppföljningsbesök i verksamheten.

Kommunstyrelsen ska utöva uppsikt över nämndernas verksamhet. Detta regleras i 6 kap 1§ Kommunallagen. Av intervjuerna framkommer att Kommunstyrelsen inte bedriver någon strukturerad aktivitet för att utöva sin uppsiktsplikt över vård- och omsorgsnämnden. Genom att ledamöterna i vård- och omsorgsnämndens presidium också är ledamöter i kommunstyrelsen finns en personunion mellan styrelsen och vård- och omsorgsnämnden. Av intervjuerna framgår att presidiet anser att det till följd av personunionen finns god kännedom inom kommunstyrelsen om verksamheten och att rapportering sker per automatik vid eventuella allvarliga brister. Vidare sker enligt presidiet med denna personunion också automatiskt en typ av uppsikt.

#### **4.4. Brukarundersökningar och synpunktshantering**

Inom äldreomsorgen i Mölndals stad följs brukarnöjdheten upp genom brukarundersökningar. Undersökningarna tas fram nationellt av Socialstyrelsen och presenteras i

SKLs Öppna Jämförelser. Resultatet av brukarundersökningarna redovisas i vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetsrapport. Nämnden har antagit ett mål om att Mölndals stad ska vara bland de 25 bästa kommunerna i SKL:s Öppna jämförelser. Målet grundar sig i att staden tidigare hamnat bland landets 25 sämsta kommuner.

Inom Mölndals stad finns ett gemensamt synpunkts- och klagomålshanteringssystem. Systemet infördes under våren 2012. Policys och riktlinjer enligt ledningssystemet för kvalitet beskriver hur synpunkter och klagomål inom äldreomsorgen ska hanteras. Synpunkter kan lämnas av brukare eller anhöriga via hemsidan, e-post, telefon, muntligt, brev eller blankett. Enligt riktlinjen ska uppföljning av synpunkter och klagomål ske genom enheternas lokala rutiner. Verksamhetsutveckling till följd av eventuella synpunkter och klagomål ska ske och redogöras för i enhetens verksamhetsberättelse. Av intervju med nämndens presidium framkommer att nämnden idag inte får någon rapportering eller återkoppling rörande de synpunkter som lämnas via systemet.

#### **4.5. Uppföljning på individnivå**

Ett av de 10 kvalitetsområdena enligt ledningssystem för kvalitet gäller handläggning och dokumentation på individnivå. Enligt policyn skall det i dokumentationen framgå hur den enskildes ansökan ska behandlas och utredas. Vidare skall beslut om insats, verkställande och uppföljning av genomförande dokumenteras i individuella genomförandeplaner. Genom dokumentation skall ärendet och uppföljning av insatser gå att följa över tid. Det skall framgå av genomförandeplanerna på vilket sätt brukaren har varit delaktig i framtagandet av planen.

Biståndsenheten i staden är ansvarig för myndighetsutövning och behandlar ansökningar om vård och omsorg enligt LSS och SoL. Det framgår av intervju med chef för biståndsenheten att det inte sker någon systematisk uppföljning av kvalitet i ärendehandläggningen. Chef för biståndsenheten ansvarar dock för tillse att ärenden som nämnden ska fatta beslut i tas upp på nämndens arbetsutskott. Icke verkställda beslut rapporteras likaså.

Vid verksamhetsuppföljning granskas rutiner för framtagande av genomförandeplaner. Vid intervjuer framkommer dock att kvaliteten i genomförandeplanerna varierar och kan vara svår att följa upp. I samband med verksamhetsuppföljningen granskas främst vilka rutiner som finns för att säkerställa att genomförandeplanen tas fram inom 14 dagar. Rutiner för att dokumentera brukarens eventuella delaktig i utformandet av planen granskas likaså. Det saknas indikatorer för att mäta kvaliteten i genomförandeplanernas innehåll.

#### **4.6. Ersättningsmodellen**

Utförare av hemtjänst ersätts för genomförd tid hos brukaren. Ersättningen fastställs årligen av nämnden och beräknas utifrån en schablontid för insatser enligt SoL som en brukare inom hemtjänsten kan bli beviljad. Tiden registrerats digitalt vid ankomst och avfärd hos brukaren genom systemet Mobipen<sup>2</sup>. Den registrerade tiden utgör underlag för ersättningen och jämförs mot brukarens beviljade insats och beräknad schablontid. Utförare blir inte ersatta för genomförd tid hos brukare som övergår den sammanlagda beräknade schablontiden för samtliga brukare hos utföraren. Ersättning utgår heller inte till utförare om genomförandeplan för respektive brukare inte finns upprättad.

Av intervjuerna framgår att ersättningsmodellens utformning säkerställer att brukare ges maximal tid eftersom ersättning annars uteblir. Syftet med systemet är att tiden hos brukare ska maximeras. Vid intervjuer med enhetschefer framkommer delade meningar om hur väl

<sup>2</sup> Redskap (digital penna) för att registrera närvarotid hos brukare

systemet med Mobipen fungerar. Vissa framhåller att tidsregistrering ibland måste ske manuellt då det digitala systemet inte alltid fungerar. Andra menar att det mycket sällan uppstår problem med Mobipen och upplever att det är ett bra verktyg för tidsregistrering.

#### 4.7. Avvikelsehantering

Ett viktigt led för att följa upp kvaliteten i äldreomsorgen är avvikelserapportering. En riktlinje för avvikelsehantering inom HSL, SoL och LSS finns framtagen. Riktlinjen är nyligen framtagen och började gälla januari 2013. Av riktlinjen framgår att all personal har skyldighet att rapportera sådant som motverkar eller utgör hot mot att brukare får god vård/omvårdnad, gott stöd och god service samt kan leva under trygga förhållanden. Avvikelse ska rapporteras, utredas, åtgärdas och erfarenheter ska användas i förbättringsarbetet för att utveckla kvaliteten och säkerheten i verksamheten. Ansvar för att rapportera avvikelser åligger all personal inom äldreomsorgen. Ansvarig enhetschef eller områdeschef som mottar avvikelserna ska bedöma avvikelsernas allvarlighetsgrad och därefter utse ansvarig utredare. Om händelsen bedöms vara av en allvarlighetsgrad att det kan bli ett ärende enligt Lex Maria eller Lex Sarah, övergår ärendet till MAS/MAR. Ansvarig utredare ska återkoppla vilka åtgärder som vidtagits i syfte att förbättra verksamheten.

Vid årsskiftet 2012-2013 införs ett nytt elektroniskt system för avvikelsehantering. Det nya systemet innebär bland annat att verksamheterna ska frångå att rapportera avvikelser i blankettform och istället ska detta ske genom ett internt datasystem. Detta framgår av riktlinjen för avvikelsehantering inom SoL, HSL och LSS.

Det finns även riktlinjer för avvikelserapportering avseende de incidenter som rör samverkan med aktörer utanför Vård och omsorg framtagen. Av riktlinjerna framgår att all personal inom Vård och omsorg har skyldighet att rapportera negativa händelser i samverkan med andra huvudmän, förvaltningar och leverantörer. Det framgår av riktlinjerna att externa leverantörer har skyldighet att rapportera negativa händelser enligt samma avvikelsehanteringssystem som för de interna avvikelserna.

Av de centrala riktlinjerna för avvikelsehantering framgår att lokala rutiner ska tas fram på respektive enhet. Av intervjuerna framkommer att efterlevnaden av rutinerna för avvikelsehantering varierar mellan enheterna. Av Vård och omsorgsnämndens verksamhetsberättelse för 2011 framgår att vissa enheter sällan eller aldrig rapporterar avvikelser, medan andra rapporterar förhållandevis många. Flera av de intervjuade framför synpunkter på att rutinerna för avvikelsehantering ska tas fram lokalt och att detta kan ge upphov till att hanteringen av avvikelserapportering varierar mellan enheterna och leda till eventuella brister.

En sammanställning av samtliga avvikelser framgår av verksamhetsberättelsen för 2011. Enligt intervju med nämndens presidium rapporteras anmälningar om Lex Sarah och Lex Maria på nämndens arbetsutskott. Vid intervjuerna framkommer synpunkter på att personalen vid enheterna sällan får återkoppling från MAS eller ansvarig chef om vilka åtgärder som vidtagits efter att avvikelserna rapporterats.

#### 4.8. Forum för att följa upp kvalitetsarbetet

Det finns olika typer av forum för att följa upp kvalitetsarbetet. Vård- och omsorgsverksamheten erbjuder utförrarträffar för hemtjänstutförare (kommunala och externa) för att diskutera frågor som rör äldreomsorgen. Exempel på vad som tas upp vid träffarna är nya rutiner för avvikelsehantering, problem som uppstått i arbetet med mobipen etc. De privata utförarna upplever att utförrarträffarna är ett väl fungerande forum för att diskutera kvalitetsfrågor och att få information från uppdragsgivaren. De kommunala utförarna har inte samma

uppfattning, de menar att det ofta är samma frågor som tas upp vid varje träff och att vidareutveckling av frågorna inte sker. Utförarträffarna dokumenteras och minnesanteckningar skickas ut till samtliga utförare.

Enhetschefer för de kommunala utförarna deltar i ledningsmöten varannan vecka. Det är respektive områdeschef som kallar enhetscheferna till mötena. Vid ledningsmötena diskuteras bland annat hur implementeringsarbetet av rutinerna fortskrider. Mötena dokumenteras inte.

APT hålls minst en gång i månaden vid respektive enhet. Som underlag till APT finns en rutinbeskrivning framtagen för de kommunala utförarna. Såväl de interna som de externa utförarna menar att APT är ett viktigt forum för att följa upp och informera personalen om rutiner.

#### **4.9. Jämförelse av kvalitet mellan olika utförare**

Av intervjuerna framkommer att resultatet av kvalitetsuppföljningen idag inte används som grund för systematiska jämförelser av kvalitet mellan olika utförare. Av intervju med nämndens presidium och förvaltningsledning framgår att detta är ett utvecklingsområde och särskilt utifrån brukarperspektivet. Det framförs dock att det är viktigt att hitta ett bra system för jämförelserna och att ambitionen på sikt kan vara att presentera jämförelserna på kommunens hemsida.

#### **4.10. Bedömning**

Vi bedömer att det inom äldreomsorgen i Mölndals stad finns ett strukturerat system för verksamhets- och kvalitetsuppföljning som består av flera kompletterande delar. Staden genomför dels systematisk uppföljning av samtliga utförare. Uppföljningen är likartad för såväl de kommunala som de externa utförarna. Uppföljningen sker på ett strukturerat sätt utifrån framtagna checklistor vilka har en tydlig koppling till de krav som ställs i kravspecifikationerna. Kvalitetsuppföljningen har också en tydlig koppling till ledningssystemet och implementeringen av nämndens övergripande mål för kvalitetsarbetet. Vår bedömning är också att uppföljningen dokumenteras på ett strukturerat och tillfredsställande sätt samt att krav på förbättringsåtgärder utgår vid uppmärksammade brister. Det bedöms vara positivt att vård- och omsorgsnämnden i flera delar har en aktiv roll i uppföljningsarbetet genom bland annat besök i verksamheten etc. Det är dock en brist att nämnden idag inte erhåller rapportering eller återkoppling kring de synpunkter eller klagomål som lämnas via stadens system för synpunkts- och klagomålshantering.

Av granskningen framkommer behov av att utveckla mätetal och indikatorer som kan mäta faktisk kvalitet i vård- och omsorgsverksamheten. Synpunkter framförs på att uppföljningen idag till stor del fokuseras på implementeringen av ledningssystemet och framtagandet av rutiner. Ett område som behöver stärkas ytterligare är att utveckla indikatorer som kan mäta den faktiska kvaliteten i verksamheten, exempelvis avseende bemötande, kvalitet i genomförande av åtgärder etc. Vård- och omsorgsnämnden behöver också se över möjligheterna att utveckla ett IT-stöd som kan stödja och systematisera uppföljningen för att på så sätt underlätta uppföljningsarbetet.

Enligt ledningssystemet för kvalitet ska de mål som saknar indikatorer följas upp genom beskrivning av måluppfyllelse i verksamhetsrapporter. De externa hemtjänstutförarna redovisar inte sina verksamhetsrapporter till nämnden och vår bedömning är därmed att det inte sker en likartad uppföljning av målen för både de kommunala och externa utförarna. Vi bedömer därmed att det finns brister i uppföljning av de mål som framgår av ledningssystemet för kvalitet.

Vi kan konstatera att det idag inte genomförs några systematiska jämförelser av kvaliteten mellan olika utförare inom äldreomsorgen men att detta uppges vara ett viktigt utvecklingsområde i framtiden.

Vård- och omsorgsverksamhet är enligt gällande föreskrifter skyldig att ha system för avvikelshantering som ska utgöra underlag för det systematiska kvalitetsarbetet. Det kan konstateras att efterlevnaden av rutinerna för avvikelshantering varierar mellan enheter inom staden och att detta får effekter på omfattningen av avvikelserapporteringen. Detta bedöms vara en brist i nämndens kvalitetsarbete och ett område som bör utvecklas och stärkas.

Vi bedömer att ersättningsmodellen är utformad för att säkerställa att brukaren erhåller maximal tid. Vi kan konstatera att det råder delade meningar om funktionaliteten med verktyget för tidsregistrering Mobipen. Vissa utförare uppger att de är mycket nöjda med verktyget, medan andra utförare registrerar tid manuellt med hänvisning till att systemet inte fungerar. Vår bedömning är att manuell registrering av tid kan innebära en risk för eventuella felaktigheter. Vård- och omsorgsnämnden bör tillse att det valda systemet för tidsregistrering implementeras inom samtliga delar av verksamheten och har full funktionalitet.

Uppföljning av kvalitet på individnivå sker på flera sätt. Vi bedömer att det är positivt att ledningssystemet innehåller riktlinjer för kvalitetsuppföljning på individnivå. Utifrån granskningsresultatet bedömer vi dock att uppföljningen av kvalitet på individnivå kan utvecklas. Bland annat mäter de kvalitetsindikatorer som finns framtagna för kvalitetsområdet främst om genomförandeplaner finns framtagna eller ej inom utsatt tidsfrist (14 dagar). Det kvalitetsmässiga innehållet i genomförandeplanerna mäts inte. Vår bedömning är att det finns flera delar inom detta område som nämnden kan utveckla och stärka i sitt kvalitetsarbete.

De intervjuade menar att Kommunstyrelsens uppsikt över verksamheten idag sker per automatik genom att ledamöterna i vård- och omsorgsnämndens presidium även ingår i kommunstyrelsen. Vår bedömning är att kommunstyrelsen utövar en mycket begränsad formell uppsikt och insyn över vård- och omsorgsnämndens verksamhet.

## **5. Ansvar för systematiskt förbättringsarbete**

Enligt ledningssystemet för kvalitet ska erfarenheterna från uppföljning och utvärdering användas för att utveckla och förbättra vården och omsorgen. De åtgärder som avses vidtas utifrån resultat av uppföljningar, avvikelserapporter och synpunkter ska beskrivas i verksamheternas verksamhetsplaner.

Av intervjuerna framgår att ansvaret för det systematiska förbättringsarbetet följer linjeorganisationen och att enhetscheferna har ansvar för att vidta systematiska förbättringsåtgärder utifrån de förbättringsområden som identifierats vid utvärderingar. Intervjuer med enhetschefer för kommunala och externa utförare visar att det inte finns strukturerade system eller metoder för hur uppmärksammade förbättringsområden ska användas för utveckling av verksamheten. Det sker i dagsläget ingen strukturerad uppföljning av vilka åtgärder som vidtas utifrån verksamhetsuppföljningar annat än att efterfrågade rutiner ska skickas in till controllers.

Det saknas strukturerade system såsom IT-stöd för att löpande kunna dokumentera de åtgärder som vidtas utifrån uppmärksammade förbättringsområden. Av intervjuerna framkommer att de resultat som framkommer i enheternas verksamhetsberättelser sällan följs upp med krav om förbättringsåtgärder från förvaltningsledningen. De externa enheterna redovisar inte sina verksamhetsberättelser till kommunen.

Vid intervjuerna med såväl de interna som de externa utförarna framkommer synpunkter på att resultaten av brukarundersökningarna inte används på ett strukturerat sätt för att utveckla verksamheten. Enheterna delges resultaten men därefter följs eventuella förbättringsåtgärder inte upp.

### **5.1. Bedömning**

Av vad som framkommit i granskningen bedömer vi att det finns flera utvecklingsområden i arbetet med att överföra uppföljningsresultat till utveckling av verksamheten. Det kan konstateras att det saknas strukturerade metoder för arbetet med förbättringsåtgärder och att uppföljningen av förbättringsarbetet kan utvecklas.

Ett annat utvecklingsområde är också att mer strukturerat och systematiskt sätt använda resultatet av brukarundersökningarna som grund för verksamhetsutvecklingen. Återkopplingen från nämnden och förvaltningsledningen till de organisatoriska enheterna kan stärkas, vilket också efterfrågas av enheterna. Det saknas idag system för att löpande dokumentera de åtgärder som vidtas, t.ex. genom ett särskilt IT-system. Vi bedömer att det skulle kunna underlätta förbättringsarbetet och särskilt uppföljningen av vidtagna åtgärder.



## 6. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Sammanfattningsvis bedöms vård- och omsorgsnämnden ha säkerställt ett tydligt system för att styra och följa upp kvaliteten i äldreomsorgen. Granskningen visar dock att det finns flera utvecklingsområden i uppföljningen och att arbetet med att överföra uppföljningsresultat till utveckling av verksamheten kan utvecklas och stärkas.

Utifrån granskningen lämnas följande rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- ▶ Nämnden bör se över och säkerställa en tillfredsställande uppföljning av samtliga mål inom ledningssystemet för kvalitet.
- ▶ Nämnden bör tillse att kvalitetsarbetet implementeras på ett tillfredsställande sätt inom samtliga enheter, vilket ställer krav på systematisk och strukturerad uppföljning. Inte minst gäller detta avvikelserapporteringen och efterlevnaden till mål och riktlinjer på området.
- ▶ Det bör finnas likartat stöd för framtagande av rutiner inom samtliga kvalitetsområden.
- ▶ Nämnden bör se över möjligheterna att utveckla kvalitetsuppföljningen ytterligare bland annat avseende indikatorer för att mäta kvaliteten i innehållet i vård- och omsorgen exempelvis avseende bemötande, genomförandeplanernas innehåll etc.
- ▶ Systematiken och metoderna för att överföra uppföljningsresultat som grund för utveckling av verksamheten bör utvecklas och stärkas.
- ▶ Ett utvecklingsområde är också att skapa tillfredsställande systemstöd för uppföljningen som grund för att underlätta kvalitetsarbetet, till exempel genom IT-stöd.
- ▶ Nämnden bör tillse en tydlig rapportering av de synpunkter och klagomål som inkommer via synpunkts- och klagomålshanteringsystemet.
- ▶ Tillse att manuell registrering av tid hos brukare minimeras och att tidregistreringssystemet Mobipen implementeras inom samtliga enheter och har full funktionalitet.

Göteborg den 19 februari 2013



Cecilia Svensson  
Verksamhetsrevisor  
Ernst & Young



Caroline Trowald  
Verksamhetsrevisor  
Ernst & Young



Hans Gavin  
Auktoriserad revisor och  
certifierad kommunal yrkesrevisor  
Ernst & Young

## 7. Dokumentförteckning

### 7.1. Mölndals stad:

- ▶ Vård – och omsorgsnämnden, Budget/Plan 2012-2014
- ▶ Verksamhetsplan, vård- och omsorgsnämnden 2012
- ▶ Verksamhetsberättelse 2011, vård- och omsorgsnämnden
- ▶ Halvårsuppföljning 2012, vård- och omsorgsnämnden
- ▶ Kvalitetsledningssystem:  
<https://www.molndal.se/foretagare/utforareavkommunalatjanster/vardochomsorg/ledningssystemforkvalitet.4.16eccd66132d06f521880003572.html>
- ▶ Polycys vård och omsorg (2010/2011) antagen av vård- och omsorgsnämnden 2010-08-26
- ▶ Riktlinje: avvikelserapportering i samverkan med aktörer utanför vård och omsorg
- ▶ Riktlinje avvikelser inom HSL, SoL och LSS
- ▶ Uppföljningar våren 2013 (plan för uppföljningar från enheten för kvaliteten och verksamhetsutveckling)
- ▶ Uppföljningsrapport våren 2012 (2012-08-29) (Dnr VON)
- ▶ Avtalskrav och krav på lokala rutiner enligt ledningssystem för kvalitet för hemtjänst, bilaga 1a
- ▶ Uppföljning hemtjänst – kravspecifikation
- ▶ Kvalitet och verksamhetsutveckling, enhetens uppdrag (2010)
- ▶ Ersättningsmodell hemtjänst
- ▶ Förfrågningsunderlag för hemtjänst socialtjänstlagen, SoL, antagen av socialnämnden den 16 juni 2011
- ▶ Kravspecifikation – äldreboenden (2010-10-15)

### 7.2. Stadsmissionen:

- ▶ Verksamhetsberättelse 2011
- ▶ Verksamhetsplan 2013
- ▶ Lokal rutin för grundkost, specialkost och konsistensanpassning
- ▶ Lokal rutin för id-hantering
- ▶ Lokal rutin för nyckelhantering
- ▶ Lokal rutin för god hygienisk standard
- ▶ Lokal rutin för förebyggande av fall, malnutrition och trycksår
- ▶ Lokal rutin för bemötande
- ▶ Lokal rutin för tillgänglighet

### 7.3. Kooperativet Olga

- ▶ Arbetsbeskrivning samordnare
- ▶ Checklista vid överlämnande av läkemedel
- ▶ Enkät sammanställning
- ▶ Styrelsens arbetsordning
- ▶ Basrutiner och rutiner enligt ledningssystem för kvalitet (totalt ca 40 st)

#### 7.4. Aida vårdservice

- ▶ Lokal rutin för handläggning och dokumentation
- ▶ Lokal rutin för genomförandeplan
- ▶ Lokal rutin för bemötande
- ▶ Lokal rutin för tillgänglighet
- ▶ Lokal rutin för förändrade behov hos brukaren
- ▶ Lokal rutin för när brukarens insats upphör
- ▶ Lokal rutin för synpunkter och klagomål
- ▶ Lokal rutin för avvikelser
- ▶ Lokal rutin för samverkan samarbete
- ▶ Lokal rutiner för måltider
- ▶ Övriga rutiner: sekretess, nyckelhantering, gåvor, skjuts av brukare, när ingen öppnar, dödsfall, basala hygienrutiner och personalhygien, fel och brister – anmälan om missförhållanden, Lex Maria och Lex Sarah

#### 7.5. Kommunala utförare

- ▶ Rutinpärm (utdrag ur register)
- ▶ Verksamhetsberättelse 2011, Kålleröd/Lindome
- ▶ Verksamhetsberättelse 2011, Bifrost/krokslätt
- ▶ Verksamhetsberättelse 2011, Centrum
- ▶ Lokal verksamhetsplan 2012, Kålleröd/Lindome
- ▶ Lokal verksamhetsplan 2012, Bifrost/krokslätt
- ▶ Lokal verksamhetsplan 2012, Centrum

## **Bilaga 1 - Revisionskriterier**

### **Kommunallagen**

Enligt kommunallagens 6 kap. 7 § är det nämnderna som ansvarar för att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnden skall enligt kommunallagen också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när vården av en kommunal angelägenhet med stöd av 3 kap. 16 § har lämnats över till någon annan. Ansvaret för kontroll och uppföljning av externa utförare vilar enligt kommunallagen således på den nämnd som kontrakterat utföraren.

### **Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter**

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete beskrivs att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst har ansvar för att inrätta ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet är gemensamt för all hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS (ersätter SOSFS 2005:12 och SOSFS 2006:11). Ett ledningssystem som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (3 kap. 1 §). Vårdgivaren ska även utöva egenkontroll, samt ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. (5 kap, 1-3, 6-7 §). Slutligen ska allt med det systematiska och fortlöpande arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten årligen dokumenteras i en kvalitetsberättelse och en patient-säkerhetsberättelse.