

Revisionsrapport

Styrning, kontroll och uppföljning av särskilt boende

Värmdö kommun

Fredrik Markstedt,
certifierad kommunal
revisor
Petra Ribba

Januari/2018

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Syfte och Revisionsfråga.....	3
1.3. Revisionskriterier	3
1.4. Kontrollmål	4
1.5. Metod och avgränsning	4
2. Iakttagelser och bedömningar	5
2.1. Ansvar och organisation för kvalitetsarbetet	5
2.1.1. Otydlig organisation och bristfälliga förutsättningar.....	5
2.1.2. Fungerande uppföljning och kontroll av den hälso-och sjukvård som bedrivs.....	6
2.1.3. Har saknats förutsättningar för att vidta tillräckliga åtgärder på boendenivå	6
2.1.4. Bedömning.....	7
2.2. Plan och struktur för hantering av större åtgärder och aktiviteter	7
2.2.1. Saknas en struktur och tydlig process för riskanalys och kommunikation	7
2.2.2. Bedömning.....	8
2.3. Uppföljning och kontroll av ekonomi och verksamhet	8
2.3.1. Ekonomisk utveckling inom särskilt boende.....	8
2.3.2. Information om kvalitén inom särskilt boende	9
2.3.3. Bedömning.....	9
3. Sammanfattande bedömning	10
Bilaga 11	
Struktur för uppföljning/utvärdering och egenkontroll	11

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Värmdö kommun granskat om kommunens särskilda boenden för äldre bedrivs på ett ändamålsenligt sätt och med en tillräcklig intern kontroll. Efter genomförd granskning är vår sammantagna revisionella bedömning att vård- och omsorgsnämnden i begränsad utsträckning säkerställt att kommunens särskilda boenden för äldre bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Vi bedömer även att den interna kontrollen inte är tillräcklig. Vår samlade bedömning baseras på att vi funnit brister kopplat till samtliga kontrollfrågor som omfattats av granskningsinsatsen.

Utöver de brister som specifikt finns kopplat till Gustavsgården (t.ex. avsaknad av riskanalys och plan för kommunikation) synliggör granskningen att roll- och ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetet är ottydligt avseende framförallt omvårdnadsperspektivet.

Här avses i första hand roll- och ansvarsfördelningen mellan utvecklingsavdelningen, biståndsavdelningen och berörda chefsfunktioner avseende kvalitetsfrågorna. Otydligheten i roll- och ansvarsfördelningen återspeglas även i hur och på vilket sätt nämnden informeras om kvalitets- och utvecklingsfrågor samt vilka beslut som tas utifrån den information som lämnas.

Rekommendation

Utifrån de bedömningar som gjorts av ställda kontrollfrågor och av granskningens övergripande revisionella bedömning lämnar vi följande rekommendationer till vård- och omsorgsnämnden:

- Säkerställer att det samordnade och samlade ansvaret för uppföljning av kvalitén avseende framförallt omvårdnadsperspektivet tydliggörs.
- Säkerställer att det faktiska uppföljningsarbetet på både individnivå och aggregerad nivå struktureras upp via exempelvis rutinbeskrivningar för planering, genomförande och efterföljande analys.
- Aktivt följer och stödjer det utvecklings- och förändringsarbete som nu påbörjats på Gustavsgården.

Under granskningens genomförande har vi noterat att det råder delade meningar huruvida nuvarande budgettilldelning till äldreomsorgen i allmänhet och till Gustavsgården i synnerhet är tillräcklig eller inte. Rimligheten i nuvarande resursfördelning har inte varit föremål för bedömning inom ramen för denna granskning. Att klargöra och skapa en samsyn kring de ekonomiska förutsättningarna för att bedriva en äldreomsorg som lever upp till de krav och förväntningar som finns är, utifrån vår erfarenhet, dock av central betydelse för att åstadkomma önskvärda förändringar.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

I Värmdö kommun är vård- och omsorgsnämnden ansvarig för att kommunens patientsäkerhetsarbete är integrerat i ledningssystem som fastställer principer för ledning av särskilda boenden för äldre. Syftet är bland annat att lagens intentioner om en god och säker vård uppnås och att verksamhetens kvalitet säkerställs. Nämnden ansvarar även för att den hälso- och sjukvård kommunen erbjuder till vårdtagare i särskilda boendeformer uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav.

MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) har ansvar att rutiner för området och vårdgivaren (vård- och omsorgsnämnden) att dessa finns integrerat i ledningssystemet. Möjlighet finns även enligt föreskrift att delegera arbetsuppgifter inom området till annan hälso- och sjukvårdspersonal där patientsäkerhetsaspekten är grundläggande. Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enligheter med rutiner för området.

Detta innebär att om en avvikelse skett från det tänkta förloppet och härmed har ett tillbud (kunnat medföra vårdskada eller allvarlig vårdskada) eller en negativ händelse (medfört vårdskada eller allvarlig vårdskada) uppstått. En del i ett systematiskt patientsäkerhetsarbete är rapportering och hantering av avvikelser vårdgivaren ska utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Under de senaste åren har det framförts en hel del kritik mot det särskilda boendet Gustavsgården i kommunen. Det har då bland annat handlat om att boende under pågående renovering fått bo i containrar, vilket väckt frågor om förutsättningarna att upprätthålla en tillräcklig kvalitet på vården och omsorgen. Verksamheten har även dragits med ekonomiska underskott. Det har även framförts kritik kring nämndens och ledningens bristande dialog och kommunikation med boende och anhöriga

Sammantaget föreligger en risk att vård- och omsorgsnämnden inte fullt ut säkerställer en god och säker vård och omsorg till de boende.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Syftet med granskningen är att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställer att särskilt boende för äldre bedrivs på ett ändamålsenligt sätt och med en tillräcklig intern kontroll.

Säkerställer nämnden en ändamålsenlig styrning och kontroll av särskilt boende för äldre?

1.3. Revisionskriterier

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som revisorerna utgår ifrån vid analys och bedömningar. Följande revisionskriterier ligger till grund för granskningsinsatsen:

- Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 2a§, 18§, 22§, 24§

- Patientsäkerhetslagen 2010:659
- Patientsäkerhetsförordningen 2010: 1369
- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Avtal och andra för området styrande dokument

1.4. *Kontrollmål*

För att besvara granskningens revisionsfråga har följande fyra kontrollfrågor varit styrande för granskningen:

- Är ansvaret för kvalitetsarbetet tydligt och finns en tydlig organisation och plan för hur det ska bedrivas?
- Har beslut om större åtgärder och aktiviteter på boendet föregåtts av att en riskanalys genomförts?
- Finns det en plan och etablerat arbetssätt för hur beslut om större åtgärder och aktiviteter kommuniceras till boende, anhöriga och berörd personal?
- Sker en strukturerad och samordnad uppföljning och kontroll av verksamhet och ekonomi?

Bedömningen av kontrollfrågorna görs på en fyrgradig skala: ej uppfyllt, i begränsad utsträckning, till övervägande del eller uppfyllt.

1.5. *Metod och avgränsning*

Granskningen har genomförts genom:

- Insamling/granskning av styrande dokument och rutiner etc.
- Genomgång av nämndens protokoll för åren 2015, 2016 och 2017 (tom september)
- Upprättande av intervjuguide/granskningsprogram.
- Intervju med MAS och ansvarig chef för boendet samt verksamhetschef med ansvar för äldreomsorgen i kommunen. Intervjuer är även genomförts med sektorns kvalitetschef och chef för biståndsavdelningen.
- Två gruppintervju med representanter från vård och omsorgspersonal som utför arbetsuppgifter på äldreboendet Gustavsgården (legitimerad personal, vårdbiträden och undersköterskor).
- Faktakontroll och kvalitetssäkring av revisionsrapport.

2. Iakttagelser och bedömningar

I följande avsnitt presenteras resultatet från genomförd granskning. Varje avsnitt inleds med en kortare redogörelse av vilken/vilka kontrollfrågor avsnittet omfattar. Därefter följer väsentliga resultat från granskning av tillgänglig dokumentation och våra iakttagelser från genomförda intervjuer. Respektive avsnitt avslutas med PwC:s bedömning kring de iakttagelser som gjorts.

2.1. Ansvar och organisation för kvalitetsarbetet

Är ansvaret för kvalitetsarbetet tydligt och finns en tydlig organisation och plan för hur det ska bedrivas? Här har vi framförallt utgått från de krav som finns på att ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd i ledningssystemet ska den som bedriver socialtjänst planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Uppgifterna som ingår i arbetet ska anges. Ledningssystemet ska vidare anpassas till de olika verksamheterna.

2.1.1. Otydlig organisation och bristfälliga förutsättningar

Vi konstaterar inledningsvis att det saknas aktuella och fastställda direktiv i enlighet med de krav som finns kopplat till arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Naturligt saknas därför även nödvändiga förtydliganden om roll- och ansvarsfördelning på alla nivåer.

Samtidigt noterar vi att viss reglering kring kvalitet finns i de avtal och överenskommelser som upprättas med olika utförare. Avsaknaden av en gemensam struktur och styrning medför att det verksamhetsnära arbetet med kvalitetsfrågor i stor utsträckning lämnats över till ansvariga för kommunens utförare inom särskilt boende.

Det samlade ansvaret för uppföljning av avtal och överenskommelser utifrån socialtjänstlagen (SoL) för kommunens särskilda boenden finns idag på utvecklingsavdelningen och konkret på de två avtalsansvariga som organisatoriskt tillhör avdelningens avtal och utvecklingsenhet. Via de intervjuer som genomförts lyfts att ett antal uppföljningar genomförts men att arbetsbelastning och behov av att prioritera andra arbetsuppgifter sammantaget gjort att uppföljning av identifierade brister inte hunnits med. Genomförande av stickprov samt möjligheterna att bidra med stödande insatser har även det blivit eftersatt.

Beslut om särskilt boende och efterföljande placering fattas av biståndsavdelningen. Besluten är i likt hanteringen i flertalet andra kommuner tillsvidarebeslut. Enligt genomförda intervjuer har uppföljningen av särskilt boendebeslut tidigare prioriterats ner på grund av arbetsbelastning och behov av att prioritera andra arbetsuppgifter. Under år 2017 har däremot en uttalad funktion från avdelningen enligt uppgift via personliga intervjuer med boende, kontaktperson och ev. god man följt upp samtliga beslut om särskilt boende. Enligt intervju har inga väsentliga avvikelser uppmärksammats i samband med den fördjupade uppföljningen. Någon dokumenterad sammanställning av resultatet har däremot inte upprättats. Motsvarande uppföljning ska enligt uppgift framöver genomfö-

ras årligen men utöver framtagna intervjuguide har ingen dokumenterad rutin alternativt tillämpningsanvisning upprättats för hur uppföljningen ska genomföras, dokumenteras och analyseras.

2.1.2. Fungerande uppföljning och kontroll av den hälso-och sjukvård som bedrivs

Sedan januari 2011 började patientsäkerhetslagen (2010:659) att gälla. Enligt den nya lagen ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Enligt patientsäkerhetsberättelsen för år 2016 Äldreomsorg – särskilda boenden inom Värmdö kommun, framgår att det är MAS i Värmdö kommun som skriver en övergripande patientsäkerhetsberättelse samtidigt som varje utförare skriver en mer detaljerad berättelse för sin respektive verksamhet. (Se bilaga 1 för Patientsäkerhetsberättelsens struktur för uppföljning/utvärdering och egenkontroll). MAS funktionen ligger organisatoriskt även den under utvecklingsavdelningen.

Vi har tagit del av det dokument som delger MAS struktur för uppföljningsarbete år 2017 inom HSL. Dokumentet redogör månadsvis för de planerade aktiviteterna inom uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet. Dokumentet påtalar att det kan uppstå risker och behov i verksamheterna som gör att ytterligare möten och diverse utredningar tillkommer. För Gustavsgården framkommer att det är inplanerat tre typer av samverkansmöten, dels gällande patientsäkerhet med ledning vid fem tillfällen under året, HSL möte med legitimerade vid två tillfälle och slutligen fyra möten gällande patientsäkerhet med HSL-personal. Motsvarande dokumentation för uppföljning och kontroll återfinns även för år 2015 och år 2016. Utöver de inplanerade MAS-besöken har MAS enligt uppgift i princip varje vecka i perioder varit på Gustavsgården för att aktivt följa utvecklingen i verksamheten.

Flera av de intervjuade lyfter att den struktur för styrning, stöd och uppföljning som tillämpas av MAS på ett tydligare sätt borde appliceras och i tillämpliga delar samordnas med uppföljning av krav och direktiv enligt SoL.

2.1.3. Har saknats förutsättningar för att vidta tillräckliga åtgärder på boendenivå

Via tillgängliga uppföljningsrapporter av Gustavsgården som specifikt granskats inom ramen för vår granskningsinsats för år 2015, 2016 och 2017 noterar vi att flertalet brister och utvecklingsområden kvarstår mellan åren. Vi noterar även att uppföljningen av HSL-ansvaret på det specifika boendet är mer nyanserat och detaljerat jämfört med gjorda iakttagelser och noterade brister inom SoL som huvudsakligen berör avsaknad av strukturkapital i form av till exempel rutinbeskrivningar.

Via de intervjuer som genomförts lyfts att utmaningarna på just Gustavsgården varit så pass omfattande och att personalomsättningen på olika nivåer sammantaget resulterat i att förutsättningarna inte funnits för att hantera uppmärksammade brister.

En förhållandevis ny enhetschef för Gustavsgården finns nu på plats (maj 2017). Enhetschefen har sen dess tillsammans med stöd från avdelningschefen för vård och omsorg påbörjat ett omfattande förändringsarbete inom en rad områden. Här kan till exempel nämnas att aktiviteter vidtagits/påbörjats rörande:

- Ledarskap och organisation
- Egenkontroller
- Lex Sarah och avvikelshantering
- Psykosocial miljö och kompetens
- Kontaktmannaskap
- Måltidssituationen
- Bemötande och värderingar
- Ekonomi (nyckeltal har tagits fram som mäts varje månad, infört sk. enhetsmöten varje månad där nyckeltalen går igenom samt övrig ekonomi)

2.1.4. Bedömning

Vår bedömning är att roll- och ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetets olika faser endast i begränsad utsträckning säkerställer en tillräcklig styrning och uppföljning av kommunens särskilda boenden. Här avses i första hand utvecklingsavdelningens roll och ansvar rörande kvalitetsfrågorna men även samspelet med biståndsavdelningen och berörda chefsfunktioner på utförarsidan. Vi vill särskilt lyfta fram de otydligheter i roll och ansvarsfördelningen som uppmärksammats ur ett kvalitetsperspektiv avseende omvårdnadsperspektivet. Samtidigt noteras att kommunens MAS byggt upp en välfungerande struktur för stöd och uppföljning av HSL-insatserna som utförs på kommunens särskilda boenden.

Vi uppmärksammar även via de åtgärder som initierats på Gustavsgården att berörda chefsfunktioner förstått och tagit det ansvar som följer med ledarskapet för att ge förutsättningarna och säkerställa en tillräcklig kvalitetsnivå. Avslutningsvis bör dock poängteras att flera aktiviteter som nu påbörjats och initierats för att säkra kvalitén på Gustavsgården kommer att ta tid innan påtagliga effekter och resultat kan påvisas. Här är det helt avgörande att vård- och omsorgsnämnden, centrala stödfunktioner och berörda chefer aktivt följer utvecklingen och säkerställer en följsamhet till beslutade åtgärder.

2.2. Plan och struktur för hantering av större åtgärder och aktiviteter

Har beslut om större åtgärder och aktiviteter på boendet föregåtts av att en riskanalys genomförts? Finns det en plan och etablerat arbetssätt för hur beslut om större åtgärder och aktiviteter kommuniceras till boende, anhöriga och berörd personal?

2.2.1. Saknas en struktur och tydlig process för riskanalys och kommunikation

Vi har inte tagit del av någon dokumenterad riskanalys inför ombyggnadsarbetet på Gustavsgården och upprättandet av tillfälliga paviljonger. Någon dokumenterad sammanhållen kommunikationsplan inför, under och efter ombyggnationen har inte heller identifierats inom ramen för granskningsinsatsen.

Däremot finns en rad exempel på hur uppmärksammade brister och riskområden hante-rats och kommunicerats. Exempelvis framgår att ett informationsmöte för boende, anhö-riga och medarbetare genomförts i november 2016. Där presenterades projektets omfätt-ning och en tidplan för genomförandet. Vi har även tagit del av de aktiviteter och åtgärder som genomförts och planerats in på Gustavsgården. Via kommunens hemsida har även specifik information lämnats om situationen på Gustavsgården¹

2.2.2. Bedömning

Vår bedömning är att nämnden inte säkerställt att arbetet med riskanalys och kommuni-kation genomförts på ett tillräckligt sätt. Utöver de brister som specifikt finns kopplat till Gustavsgården (t.ex. avsaknad av riskanalys och plan för kommunikation samt uppmärk-sammade missförhållanden) synliggör granskningen som tidigare nämnts att det finns oklarheter i roll- och ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetet.

2.3. Uppföljning och kontroll av ekonomi och verk-samhet

Sker en strukturerad och samordnad uppföljning och kontroll av verksamhet och eko-nomi?

2.3.1. Ekonomisk utveckling inom särskilt boende

I vård- och omsorgsnämndens verksamhetsberättelse 2016 framgår att verksamheten för år 2016 redovisar ett resultat om -22,6 mnkr. Särskilt boende har ett negativt resultat om 6,1 mnkr framförallt härrörande till högre personalkostnader än budgeterat. Gustavsgår-den redovisar verksamhetsintäkter på 62,6 mnkr och verksamhetskostnader på 66,9 mnkr vilket ger ett nettoresultat om -4,3 mnkr.

I den ekonomiska analysen framgår att:

- Kostnaden för bemanningsföretag är högre än förväntat då det varit svårt att re-krytera sjuksköterskor. Beroende på det har man även haft högre kostnader för ordinarie sjuksköterskor som arbetat övertid.
- Av säkerhetsskäl har ett boende på Gustavsgården haft extravak nattetid vilket in-neburit högre kostnader som inte varit budgeterade.
- Högre kostnader avseende ombyggnation och separat enhet paviljongboende samt personalkostnader för planeringsarbete inför flytt och tekniska hjälpmedel för se-parat enhet.
- Gustavsgården har blivit kompenserad för sitt intäktsbortfall av bistan-dsenheten då det uppstått tomplatser pga. ombyggnationen.

¹ Hur gick det med ombyggnaden på Gustavsgården? 25 september 2017.

<http://www.varmdo.se/arkiv/nyheter/hurgickdetmedombyggnadenpagustavsgarden.5.4ff220015e84782bfcebcod.html>

Avseende kompensation för intäktsbortfallet i samband med ombyggnationen lyfts däremot från verksamhetshåll att de inte har fått full kompensation för år 2017, vilket ses som en av förklaringarna till det underskott som redovisas.

Utifrån genomgång av sammanträdesprotokoll från vård- och omsorgsnämnden år 2015-2017 (till och med september) konstateras att situationen på Gustavsgården återkommande varit uppe för diskussion på nämnden. Utav protokollen framgår bland annat att det väckt politiskt debatt kring konkurrensutsättning samt hur underskotten ska hanteras. Specifikt för Gustavsgården lyfter flera av de intervjuade fram synpunkter som summerat bottnar i en uppfattning om att äldreboendet är underfinansierat och att det finns oklarheter i ansvarsfrågan kopplat till underhåll och inköp av till exempel inventarier.

2.3.2. Information om kvalitén inom särskilt boende

Utifrån genomgång av sammanträdesprotokoll från vård- och omsorgsnämnden noteras även att information lämnats om arbetsmiljön, ombyggnationer och de boendes behov på Gustavsgården på grund av dessa samt patientsäkerheter t.ex. hög risk för undernäring. Genomgången visar att det är först år 2017 som nämnden begärt regelbundna uppdateringar av läget på Gustavsgården från MAS. På sammanträdet i september 2017 beslutades till exempel att MAS ska ha en stående inbjudan till vård- och omsorgsnämnden för att redovisa eventuella brister eller annan väsentlig information.

I *verksamhetsberättelse 2016, vård- och omsorgsnämnden* framgår att en egenkontroll genomförts inom vård- och omsorgsavdelningen. Observationerna utfördes enligt en mall där fokus låg på bemötande, atmosfär, måltidssituationer och basal hygien. Vid observationerna identifierades utvecklingsområden inom Gustavsgården.

2.3.3. Bedömning

Vår bedömning är att vård- och omsorgsnämnden i begränsad utsträckning säkerställt en strukturerad och samordnad uppföljning och kontroll av verksamhet och ekonomi. Vi noterar att vissa förändringar genomförts under år 2017 där till exempel MAS på ett mer uttalat sätt nu ges möjlighet att lämna information och underlag för beslut. Samtidigt ser vi att nämnden vid flera tillfällen sen år 2015 fått information om brister avseende kvalitén på i första hand Gustavsgården och att flertalet brister och utvecklingsområden kvarstår mellan åren.

Givet de brister och utvecklingsområden som nämnden återkommande informerats om är vår bedömning att nämndens struktur och hantering av efterföljande handlingsplaner varit bristfällig. Här saknas enligt vår mening en strukturerad uppföljning av föreslagna åtgärder där uppdrag, förväntningar på resultat och ansvar tydligt framgår.

Under granskningens genomförande har vi avslutningsvis noterat att det råder delade mening huruvida nuvarande budgettilldelning till äldreomsorgen i allmänhet och till Gustavsgården i synnerhet är tillräcklig eller inte. Rimligheten i nuvarande resursfördelning har inte varit föremål för bedömning men vi vet däremot av erfarenhet betydelsen av att klargöra och skapa en samsyn kring de ekonomiska förutsättningarna för att bedriva en äldreomsorg som lever upp till de krav och förväntningar som finns.

3. *Sammanfattande bedömning*

Efter genomförd granskning är vår sammantagna revisionella bedömning att vård- och omsorgsnämnden i begränsad utsträckning säkerställt att kommunens särskilda boenden för äldre bedrivs på ett ändamålsenligt. Vi bedömer även att den interna kontrollen inte är tillräcklig. De bedömningar som tillsammans bildar underlag för den övergripande bedömningen av revisionsfrågan följer nedan. Bedömningen av kontrollfrågorna görs på en fyrgradig skala: ej uppfyllt, i begränsad utsträckning, till övervägande del eller uppfyllt.

Kontrollfrågor	Bedömning och motivering
Är ansvaret för kvalitetsarbetet tydligt och finns en tydlig organisation och plan för hur det ska bedrivas?	I begränsad utsträckning Här avses i första hand utvecklingsavdelningens roll och ansvar rörande kvalitetsfrågorna men även samspelet med biståndsavdelningen och berörda chefsfunktioner på utförarsidan. Vi vill särskilt lyfta fram de otydligheter i roll och ansvarsfördelningen som uppmärksammats ur ett kvalitetsperspektiv avseende omvårdnadsperspektivet.
Har beslut om större åtgärder och aktiviteter på boendet föregåtts av att en riskanalys genomförts?	Ej uppfyllt Vår bedömning är att nämnden inte säkerställt att arbetet med riskanalys genomförts på ett tillräckligt sätt då det saknas dokumentation och en struktur för hantering av riskanalysarbetet. Otydligt hur roll- och ansvarsfördelningen ser ut för planering, genomförande och analys av eventuella risker.
Finns det en plan och etablerat arbetssätt för hur beslut om större åtgärder och aktiviteter kommuniceras till boende, anhöriga och berörd personal?	Ej uppfyllt Vår bedömning är att nämnden inte säkerställt att arbetet med kommunikation genomförts på ett tillräckligt sätt då det saknas dokumentation och en struktur för kommunikation. Otydligt hur roll- och ansvarsfördelningen ser ut för att säkerställa en strukturerad kommunikation till berörda intressenter.
Sker en strukturerad och samordnad uppföljning och kontroll av verksamhet och ekonomi?	I begränsad utsträckning Nämnden har vid flera tillfällen sen år 2015 fått information om brister avseende kvalitén på i första hand Gustavsgården och flertalet brister och utvecklingsområden kvarstår mellan åren. Nämndens struktur och hantering av efterföljande handlingsplaner har varit bristfällig. Här saknas enligt vår mening en strukturerad uppföljning av föreslagna åtgärder där uppdrag, förväntningar på resultat och ansvar tydligt framgår.

Bilaga

Struktur för uppföljning/utvärdering och egenkontroll (Patientsäkerhetsberättelsen 2016)

- Fortlöpande analys och uppföljning av avvikelser och fallincidenter.
- En gång om året utförs en verksamhetsuppföljning avseende kvalitet och säkerhet av MAS enligt en fastställd metod.
- Granskning av verksamheter inom specifika områden kan ske oanmält eller relaterat till avvikelser eller klagomål.
- Inspektion av verksamhetens läkemedelsförråd och läkemedelshantering ska ske en gång om året av farmaceut där MAS följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdats.
- Vårdhygienrond ska ske en gång per år där MAS följer upp och kontrollerar att bristområden åtgärdas.
- Verksamheternas egenkontroll inom vårdhygienområdet.
- Läkemedelsgenomgångar som läkare ansvarar för att genomföra tillsammans med personal på boendet.
- Fortlöpande granskning av omvårdnads dokumentation vid verksamhetsuppföljning och som stickprov.
- Kartläggning av vårdbehov och mätning av indikatorer för utförda hälso- och sjukvårdsinsatser ska ske årligen av MAS inom de särskilda boendeformerna.
- Samverkansmöte med syfte att ständigt bedriva ett optimalt patientsäkerhetsarbete mellan MAS och boendets ledning samt hälso- och sjukvårdspersonal i varje verksamhet varannan månad.
- Stormöten inom HSL med samtliga utförare inom kommunens särskilda boendeformer för äldre en gång per termin.

Januari 2018



Anders Hägg

Uppdragsledare

Fredrik Markstedt

Projektledare