

**7.**

**Fördelning av medel för aktiviteter och social stimulans för boende på Enebacken, Solskiftet, Vårdbo och Korttidsenheten**

Socialförvaltningen  
Susanne Öhrling

**Tjänsteutlåtande**

2/1/2013

Dnr VON 2011/0008-735

Till Vård- och omsorgsnämnden

**Fördelning av medel för aktiviteter och social stimulans för boende på Enebacken, Solskiftet, Vårdbo och Korttidsenheten****Förslag till beslut****Vård- och omsorgsnämnden beslutar att**

1. bevilja Enebacken 405 000 kronor
2. bevilja Solskiftet 298 000 kronor
3. bevilja Vårdbo 192 000 kronor
4. bevilja korttidsenheten 105 000 kronor
5. användningen av 2013 års medel ska redovisas på Vård- och omsorgsnämndens sammanträde i januari 2014.

**Redogörelse för ärendet**

Kommunfullmäktige har i sin budget för 2013 avsatt medel för ”att de äldres möjlighet att påverka sin dag på våra särskilda boenden ska öka och det sociala innehållet ska utvecklas för allas trevnad. Vård- och omsorgsnämndens satsning på aktiviteter och stimulans under 2012 har fallit väl ut och mot denna bakgrund beslutade nämnden att även under 2013 göra en satsning på sammanlagt 1 miljon kronor där Enebacken, Solskiftet, Vårdbo och korttidsenheten haft möjlighet att söka medel för att bidra med ökad stimulans i vardagen för de boende. Sakkunnig har granskat ansökningarna och tagit fram ett förslag på fördelning av medlen enligt bilagan nedan.

**Förvaltningens slutsatser**

Förvaltningen föreslår att Vård- och omsorgsnämnden beviljar Enebacken 405 000 kronor, Solskiftet 298 000 kronor, Vårdbo 192 000 kronor och korttidsenheten 105 000 kronor. I informationen om möjligheter att söka medel för att utveckla innehållet i dagen för de boende uppmanade nämnden verksamheterna till nytänkande och idérikedom samt att tillgodose både individuella och gemensamma aktiviteter vilket har beaktats i ansökningarna.

De särskilda boendena och korttidsenheten ska återrapportera hur medlen använts på Vård- och omsorgsnämndens sammanträde i januari 2014.

**Bilagor**

Bilaga 1: Förslag till fördelning av medel för ”En meningsfull dag varje dag” 2013.

**Beslut bör delges**

Produktionsstyrelsen



Anne Simmasgård  
Socialchef



Susanne Öhring  
Sakkunnig äldre

Susanne Öhrling  
Socialförvaltningen

### **Förslag till fördelning av medel för "En meningsfull dag varje dag" 2013.**

#### **Förvaltningen har granskat och föreslår att Enebackens äldreboende 405 000 kronor för**

- |   |               |
|---|---------------|
| • Utveckling av utemiljön och trädgårdsgrupp                        | 90 000 kronor |
| • Handledd målning inkl. material                                   | 40 000 kronor |
| • Lånoteket materialkostnader                                       | 15 000 kronor |
| • Utflykter, individuella och i grupp bl.a. Cafébesök, Fjärilshuset | 80 000 kronor |
| • Musikaftnar med levande musik                                     | 40 000 kronor |
| • Kulturaftnar, traditioner   | 30 000 kronor |
| • Akvarieleasing  | 40 000 kronor |
| • (Förslag på aktivitet lämnas på nämnden)                          | 70 000 kronor |

#### **Förvaltningen föreslår att Solskiftets äldreboende tilldelas 298 000 kronor för**

- |  |               |
|--|---------------|
| • Taktil massage (fot/hand)  | 60 000 kronor |
| • Utflykter efter de boendes önskemål  | 35 000 kronor |
| • Tidningscafé en gång/vecka med olika teman; musik, diktläsning, högläsning | 30 000 kronor |
| • Bingo  | 20 000 kronor |
| • Musikarrangemang   | 40 000 kronor |
| • Handledd målning samt material   | 40 000 kronor |
| • Säsongsfester för boende/anhöriga; höst/vår/sommar/jul/påsk                | 40 000 kronor |
| • Tidningsprenumeration, DN, Norrtäljetidning                                | 10 000 kronor |
| • Inköp av filmer till den befintliga bio anläggningen                       | 3 000 kronor  |
| • Utevistelse i trädgården - trädgårdsmaterial                               | 20 000 kronor |

#### **Förvaltningen föreslår att Vårdbo tilldelas 192 000 kronor för**

- |  |               |
|--|---------------|
| • Fortsättning på prenumeration, dagstidningar två stycken     | 10 000 kronor |
| • Nya filmer/dvd spel  | 2 000 kronor  |
| • Utflykter till Wira Bruk, Vaxholm Åkersberga Växtförsäljning | 18 000 kronor |
| • Massage av utbildad massör                                   | 60 000 kronor |
| • Fika eller lunch i centrum                                   | 8 000 kronor  |

- Akvarieleasing plan 1 och 2 34 000 kronor
- Trubadur en gång er månad/temadag mat/höst/vår 30 000 kronor  
mat/trubadur/höst/vår
- Julbord med catering för boendet och dagverksamhet 15 000 kronor
- Vin/öl provningar för boendet och dagverksamhet 15 000 kronor

**Förvaltningen föreslår att Korttidsenheten tilldelas 105 000 kronor för**

- Prenumeration av en dagstidning och två veckotidningar 5 000 kronor
- Musikunderhållning och musikstunder 10 000 kronor
- Aktivitetsmaterial och spel 10 000 kronor
- Bakning till kaffestunder 10 000 kronor
- Utflykter i närmiljön individuellt och i grupp 10 000 kronor
- Personal som följer med på utflykter och bidrar till 50 000 kronor  
aktiviteter
- Utevistelse i trädgården - trädgårdsmaterial 10 000 kronor

Observera att medlen inte får användas till ordinarie arbetstimmar.

**8.**

**Kvalitetsledningssystem för Vård- och  
omsorgsnämnden**

Socialförvaltningen  
Sara Eriksson

**Tjänsteutlåtande**

2013-02-06

Dnr VON 2012/0052-791

Till Vård- och omsorgsnämnden

**Kvalitetsledningssystem för Vård- och omsorgsnämnden****Förslag till beslut****Vård- och omsorgsnämnden beslutar att**

anta förslag till kvalitetsledningssystem för Vård- och omsorgsnämnden enligt SOSFS 2011:9

**Redogörelse för ärendet**

Från och med 1 januari 2012 gäller föreskriften Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) som bland annat säger att verksamheter som omfattas av socialtjänstlagen och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade ska ha upprättat ett kvalitetsledningssystem. Vård- och omsorgsnämnden fattade 2012-06-19 beslut om att införa ett kvalitetsledningssystem.

Socialförvaltningen har gjort ett utkast på ett kvalitetsledningssystem för Vård- och omsorgsnämnden. Kvalitetsledningssystemet sammanfattar de ansvar som nämnden har och de aktiviteter som ska genomföras.

**Förvaltningens slutsatser**

Förvaltningen har tagit fram ett förslag på kvalitetsledningssystem för Vård- och omsorgsnämnden. I tidigare förslag föreslogs ett gemensamt system för Vård- och omsorgsnämnden och Socialnämnden. För att tydliggöra nämndernas ansvar har ett eget system för Vård- och omsorgsnämnden upprättats.

**Tidigare beredning**

Diskussion om kvalitetsledningssystemet VON § 5, 2013-01-29

Information om utkast till kvalitetsledningssystem för Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden VON § 272, 2012-12-18

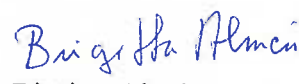
Beslut om införande av ledningssystem för kvalitet VON § 139, 2012-06-19

**Bilagor**

Kvalitetsledningssystem för Vård- och omsorgsnämnden enligt SOSFS 2011:9



Anne Simmasgård  
Socialchef



Birgitta Almén  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Sara Eriksson  
Sakkunnig funktionshinder



# Kvalitetsledningssystem för Vård- och omsorgsnämnden

enligt SOSFS 2011:9

Antaget av Vård- och omsorgsnämnden 2013-xx-xx

## Innehållsförteckning

1. Inledning.....	3
2. Definition av kvalitet.....	4
3. Ansvar för och användning av ett ledningssystem .....	4
4. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad.....	4
4.1 Processer och rutiner.....	5
4.2 Samverkan.....	5
5. Systematiskt förbättringsarbete.....	6
5.1 Riskanalys.....	6
5.2 Egenkontroll.....	7
5.3 Utredning av avvikelser - Klagomål och synpunkter.....	8
5.4 Utredning av avvikelser - Rapporteringsskyldighet.....	8
5.5 Utredning av avvikelser - Sammanställning och analys.....	9
5.6 Förbättrande åtgärder i verksamheten .....	9
5.7 Förbättring av processerna och rutinerna .....	10
6. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet.....	10
7. Dokumentationsskyldighet.....	11
Bilaga till kvalitetsledningssystem.....	12

## I. Inledning

Från och med den 1 januari 2012 gäller föreskriften Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Föreskrifterna ska tillämpas i verksamheter som omfattas av

1. 31 § hälso och sjukvårdslagen (1982:763), HSL
2. 16 § tandvårdslagen (1985:125)
3. 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och
4. 3 kap 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), SoL

Relaterad lagstiftning är också Patientsäkerhetslagen 2010:659, PSL.

Syftet är att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Det är vårdgivaren (HSL), den som bedriver socialtjänst (SoL), och den som bedriver verksamhet enligt LSS som ansvarar för kvaliteten i verksamheten och därmed för att det systematiska kvalitetsarbetet bedrivs.

Ett ledningssystem är ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten. Detta är Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för att säkra kvaliteten i de verksamheter som nämnden har ansvar för. Utifrån ledningssystemet ska rutiner för att genomföra aktiviteter för kvalitetssäkring upprättas.

Föreskriften gäller även för annan nämnd eller juridisk person som är vårdgivare eller som utför socialtjänst eller bedriver verksamhet enligt LSS. Detta betyder att den som nämnden uppdrar åt att fullgöra uppgifter enligt nämndens ansvar ska ha ett eget kvalitetsledningssystem som gäller för den egna verksamheten.

Detta kvalitetsledningssystem följer den uppdelning i kapitel som finns i föreskriften. För varje avsnitt beskrivs kortfattat kraven som finns i respektive kapitel samt vad nämnden ska göra för att uppfylla kraven. Där klargörs också vem som ansvarar för att utföra aktiviteterna.

I texten används ”nämnden” som synonym för begreppen ”vårdgivaren (HSL), den som bedriver socialtjänst (SoL), och den som bedriver verksamhet enligt LSS”.

## 2. Definition av kvalitet

I föreskriften definieras begreppet kvalitet:

”Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.”

## 3. Ansvar för och användning av ett ledningssystem

Av föreskriften framgår att nämnden ska ansvara för att det finns ett ledningssystem och för att det används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med hjälp av ledningssystemet ska nämnden planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det ska framgå ur ledningssystemet hur uppgifterna som ingår är fördelade.

## 4. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad

Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning.

### Vård- och omsorgsnämnden

Detta innebär att Vård- och omsorgsnämnden har ansvar för att ha ett ledningssystem för kvalitet för det arbete som bedrivs inom socialförvaltningen. Utförare av socialtjänst som arbetar på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden ska ha ett eget kvalitetsledningssystem enligt föreskrifterna.

### Ansvar

Nämnden ansvarar för att det finns ett ledningssystem. Nämnden uppdrar åt ansvariga chefer inom socialförvaltningen och tjänstemän med uppgifter enligt lag eller delegation att utföra uppgifterna som fastställs i detta dokument.

## 4.1 Processer och rutiner

*”En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat.”*

Nämnden ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. De aktiviteter som ingår i processen ska identifieras och deras inbördes ordning ska bestämmas. För varje aktivitet ska sedan de rutiner utarbetas och fastställas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

### Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämndens processer:

- myndighetsutövning, handläggning av ansökan om bistånd
- uppdra åt utförare att utföra vissa beslutade insatser

Exempel på Vård- och omsorgsnämndens rutiner:

- riktlinjer för biståndsbedömning enligt socialtjänstlagen
- riktlinjer för hälso- och sjukvård i kommunen enligt hälso- och sjukvårdslagen
- rutin för beställning av verksamheter
- rutin för upphandling av verksamheter

### Ansvar

Ansvariga chefer inom socialförvaltningen och tjänstemän med uppgifter enligt lag eller delegation ansvarar för att de processer som nämnden ansvarar för identifieras och beskrivs. Processerna ska dokumenteras och ses över och revideras regelbundet. Det arbetssätt för kartläggning av processer enligt Lean som finns inom förvaltningen kan användas för samtliga processer.

## 4.2 Samverkan

För varje process som identifieras, beskrivs och fastställs ska behovet av samverkan identifieras och det ska framgå från processer och rutiner hur samverkan ska

bedrivs. Genom processer och rutiner ska möjligheten till samverkan säkerställas. Detta gäller både internt i verksamheten och externt med andra aktörer.

### **Vård- och omsorgsnämnden**

De processer där samverkan krävs internt på socialförvaltningen ska identifieras. Det ska upprättas rutiner för den interna samverkan som krävs när enskilda personer behöver insatser från flera enheter inom socialförvaltningen.

Det ska finnas rutiner för extern samverkan i de processer där det är aktuellt. Exempel på externa aktörer är anlitate utförare, landstinget (psykiatri, akutsjukvård, läkarorganisationer inom särskilt boende, tandvårdsstaben, habilitering, rehabilitering, husläkarmottagningar, ASIH, mobila team), intresseorganisationer, kommunala råd, skolan, övriga förvaltningar i kommunen och andra kommuner.

### **Ansvar**

Ingår i kartläggningen av processer och rutiner enligt ovan.

## **5. Systematiskt förbättringsarbete**

Det systematiska förbättringsarbetet består av

1. Riskanalys (i förväg)
2. Egenkontroll (under tiden)
3. Utredning av rapporter, klagomål och synpunkter (när något går fel)
4. Förbättrande åtgärder (lös problemet)
5. Förbättring av processer och rutiner (systematisera lärandet, gör om)

### **5.1 Riskanalys**

Nämnden ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Sannolikheten för att det händer ska uppskattas, liksom de negativa konsekvenser som kan följa.

### **Vård- och omsorgsnämnden**

För varje process som identifieras, beskrivs och kartläggs ska en riskanalys göras för de aktiviteter som ingår i processen. Sannolikheten för att händelsen inträffar ska

uppskattas och de eventuella negativa konsekvenserna ska bedömas. Detta ska dokumenteras tillsammans med dokumentationen av processen.

Risikanalys ska göras fortlöpande och vara en del i det dagliga utförandet av uppgifter hos de som fullgör nämndens ansvar. Riskanalys ska göras inför förändringar i verksamheten. Detta kan till exempel vara vid organisationsförändringar, beslut om driftsform, och förändringar i ekonomiska förutsättningar.

### **Ansvar**

Den som kartlägger processerna ska göra en riskanalys för desamma. Ansvarig handläggare ska dokumentera en riskanalys i de utredningar/tjänsteutlåtanden där nämnden ska fatta beslut om förändringar. Det ska finnas riktlinjer som beskriver vilken typ av riskanalys som ska genomföras, t ex i form av en checklista.

## **5.2 Egenkontroll**

För att säkra verksamhetens kvalitet ska egenkontroll utföras. Verksamhetens resultat ska följas upp och utvärderas. Det ska finnas rutin för denna egenkontroll, och frekvens och omfattning ska avgöras av vad som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

### **Vård- och omsorgsnämnden**

Nämndens verktyg för egenkontroll, det vill säga uppföljning och underlag för förbättring, är:

- Verksamhetsplan och verksamhetsberättelse (budget och uppföljning)
- Jämförelser med egna tidigare resultat
- Jämföra med öppna jämförelser
- Bemötandeundersökning
- Brukarundersökningar
- Revisorernas rapporter
- Samverkan med intresseföreningar och kommunala råd
- Medborgardialoger
- Nämndens granskningar/kvalitetsuppföljningar
- Avtalsuppföljningar

### **Ansvar**

Ansvar för ovanstående verktyg klargörs i respektive rutin.

## **5.3 Utredning av avvikelser - Klagomål och synpunkter**

Nämnden ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från vård- och omsorgstagare och dess närstående, personal, vårdgivare, de som bedriver socialtjänst, de som bedriver verksamhet enligt LSS, myndigheter, och föreningar, andra organisationer och intressenter.

### **Vård- och omsorgsnämnden**

Nämnden ska ha ett fastställt system för synpunkter och klagomål. Systemet ska innehålla rutin för hur nämnden får information om synpunkter och klagomål.

### **Ansvar**

Ansvariga chefer ansvarar för att synpunkter och klagomål hanteras och utreds och återkopplas till nämnden. I rutinen för synpunkter och klagomål finns arbetsuppgifterna fördelade.

## **5.4 Utredning av avvikelser - Rapporteringsskyldighet**

I HSL, SoL och LSS finns bestämmelser om rapporteringsskyldighet för personal och om utredningsskyldighet för nämnden av händelser som kan bedömas vara eller medföra risk för missförhållande.

### **Vård- och omsorgsnämnden**

Det ska finnas ett system för hur rapporteringsskyldigheten ska uppfyllas. Detta inkluderar både personalens rapporteringsskyldighet och nämndens utredningsskyldighet.



### **Ansvar**

Nämnden delegerar till sakkunniga, medicinskt ansvarig sjuksköterska och enhetschefer på socialförvaltningen att utreda och fatta beslut om rapporter av missförhållanden samt att besluta om åtgärder. Ansvariga chefer på socialförvaltningen informerar regelbundet personal om rapporteringsskyldigheten.

### **5.5 Utredning av avvikelser - Sammanställning och analys**

Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att nämnden ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

### **Vård- och omsorgsnämnden**

Nämnden ska få information som inkluderar sammanställning och analys av inkomna klagomål och synpunkter och rapporter enligt lex Sarah och lex Maria minst två gånger per år.

### **Ansvar**

Ingår som del i rutin för klagomål och synpunkter respektive lex Sarah och lex Maria.

### **5.6 Förbättrande åtgärder i verksamheten**

På grundval av resultaten av de riskanalyser, egenkontroll och utredning av avvikelser som har gjorts ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

### **Vård- och omsorgsnämnden**

Nämnden ska få information om resultaten av de analyser som gjorts med anledning av ovanstående aktiviteter. Därefter kan nämnden fatta beslut om åtgärder som behöver vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.

### **Ansvar**

Socialchefen ansvarar för att analyser genomförs och att nämnden får resultat. Nämnden beslutar om åtgärder.

## **5.7 Förbättring av processerna och rutinerna**

Processer och rutiner ska uppdateras och förbättras i enlighet med resultaten ovan för att vara ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet.

### **Vård- och omsorgsnämnden**

Nämnden kan som en åtgärd för att förbättra verksamheten uppdra åt socialförvaltningen/chefen att förändra processer och rutiner.

### **Ansvar**

Ansvariga chefer inom socialförvaltningen och tjänstemän med uppgifter enligt lag eller delegation ansvarar för att förbättra processer och rutiner.

## **6. Personalens medverkan i kvalitetsarbetet**

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att personalen arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i detta ledningssystem. Med personal avses även hälso- och sjukvårdspersonal. Var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete. Hälso- och sjukvårdspersonalen är enligt patientsäkerhetslagen (2010:453) skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

### **Vård- och omsorgsnämnden**

Nämnden ska säkerställa att personalen har rätt kompetens för att utföra sina uppgifter. Nämnden ska planera för personalförsörjning och kompetensutveckling. Processer och rutiner ska vara lättillgängliga och begripliga så att alla har möjlighet att ta del av dem och arbeta efter dem. Personalen ska få utbildning så att de kan fullgöra sina skyldigheter.

### **Ansvar**

Socialförvaltningens chefer ansvarar för att ovanstående uppfylls vad gäller personalens förutsättningar för att medverka i kvalitetsarbete. Varje enskild anställd har ansvar för att medverka i kvalitetsarbetet.

## **7. Dokumentationsskyldighet**

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras, exempelvis i en kvalitetsberättelse.

Enligt PSL ska vårdgivaren årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Denna ska finnas tillgänglig på verksamheten senast 1 mars och lämnas till medicinskt ansvarig sjuksköterska.

### **Vård- och omsorgsnämnden**

Nämnden ska regelbundet dokumentera delarna som ingår i det systematiska kvalitetsarbetet. Av dokumentationen ska framgå hur man har arbetat med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet under föregående kalenderår. Detta görs i samband med upprättande av verksamhetsberättelse. Exempel på innehåll är sammanställning av klagomål och synpunkter, sammanställning av rapporter och anmälan enligt lex Sarah, sammanställning av avvikelser enligt PSL, genomförda riskbedömningar, kartlagda processer och upprättade rutiner, och en beskrivning av de förbättringar som aktiviteterna har lett till.

### **Ansvar**

Socialchefen ansvarar tillsammans med controller och övriga handläggare och chefer inom socialförvaltningen för att verksamhetsberättelsen innehåller dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet. I rutiner som ingår i ledningssystemet, t ex rutiner för klagomål och synpunkter och för granskning och uppföljning, fastställs ansvar för dokumentation av respektive aktivitet.

## Bilaga till kvalitetsledningssystem

### Uppgifter som följer av kvalitetsledningssystemet:

- I den egna förvaltningen kartlägga processer och upprätta rutiner därefter. Riskbedömningar ska göras. Personalen ska arbeta enligt processer och rutiner enligt kvalitetsledningssystemet. Detta ska dokumenteras.
- Checklista för riskanalys i samband med processkartläggning och vid utredningar/tjänsteutlåtande
- Kravställa i upphandlingar och beställningar
- Följa upp att verksamheterna arbetar enligt ett kvalitetsledningssystem (genom granskningar, avtalsuppföljningar, ta del av dokumentationen av kvalitetsarbete och patientsäkerhetsberättelsen, ta in sammanställningar av klagomål och synpunkter)
- System för granskning och uppföljning ska finnas
- System för klagomål och synpunkter ska finnas
- System för lex Sarah ska finnas
- System för lex Maria ska finnas
- Rutin för avvikelshantering (HSL)
- Rutin för avtalsuppföljning
- Rutin för beställning av verksamheter till den kommunala utföraren
- Utvidga verksamhetsberättelsen så att den också fungerar som en kvalitetsberättelse
  - Synpunkter och klagomål
  - Riskhantering
  - Hur egenkontroll ska användas
  - Lex Sarah
  - Förbättringar som gjorts
  - Har personalen arbetat enligt processer och rutiner

**9.**

**Referensgrupp till införande av lokala  
värdighetsgarantier**

Socialförvaltningen  
Birgitta Almén

**Tjänsteutlåtande**

2013-02-13

Dnr VON 2013/0015-730

Till Vård- och omsorgsnämnden

**Referensgrupp till införande av lokala  
värdighetsgarantier****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden utser två ledamöter som ingår i referensgrupp för införande av lokala värdighetsgarantier

**Redogörelse för ärendet**

Arbetet med att ta fram lokala värdighetsgarantier för äldreomsorgen har påbörjats. En projektarbetsgrupp startar arbetet i vecka 7, med deltagare från alla särskilda boenden, hemtjänsten och biståndsenheten, i samarbete med projektledaren. Förslag på värdighetsgarantier ska tas fram under våren. Referensgruppen ska sedan lämna synpunkter på garantierna.

En referensgrupp ska bildas i varje kommun med deltagare från Vård- och omsorgsnämnden, KPR, anhörigkonsulent och deltagare från anhörigföreningar. Referensgruppens arbete startar vecka 17 och kommer att ha tre till fyra möten.



Birgitta Almén  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

**10.**

**Redovisning av synpunkter och klagomål  
Vård- och omsorgsnämnden 2012-07-01 –  
2012-12-31**

Socialförvaltningen  
Linda Turula

**Tjänsteutlåtande**

2/15/2013

Dnr VON 2013/0016-108

Till Vård- och omsorgsnämnden

**Redovisning av synpunkter och klagomål Vård- och omsorgsnämnden 2012-07-01 - 2012-12-31**

Redovisning av synpunkter och klagomål till Vård- och omsorgsnämnden för perioden 2012-07-01 – 2012-12-31.

**Förslag till beslut****Vård- och omsorgsnämnden beslutar att**

godkänna redovisningen av synpunkter och klagomål 2012-07-01 – 2012-12-31.

**Redogörelse för ärendet**

Enligt Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer för hantering av synpunkter och klagomål skall en redovisning göras till nämnden varje halvår av inkomna synpunkter och klagomål på Vård- och omsorgsnämndens verksamhet.

**Bilagor**

Bilaga 1. Sammanställning av synpunkter och klagomål Vård- och omsorgsnämnden för perioden 2012-07-01 – 2012-12-31.

**Beslut bör delges**

Akt



Anne Simmasgård  
Socialchef



Linda Turula  
Administrativ samordnare



## Redovisning av synpunkter och klagomål Vård- och omsorgsnämnden 2012-07-01 – 2012-12-31

### Äldreomsorg

**Inkom:** 2012-07-14

**Avser:** Enebacken

**Klagomål:** Omvårdnaden av anhörig

**Åtgärder och återkoppling:** Verksamhetschefen ger återkoppling till anmälaren och informerar om åtgärder i form av ny kontaktperson och upprättande av dagplaneringschema. Verksamhetschefen följer upp ärendet och anmälaren är nöjd med åtgärderna.

**Inkom:** 2012-07-29

**Avser:** Korttidsenheten Alceahuset

**Klagomål:** Låg bemanning på korttidsenheten i Alceahuset.

**Åtgärder och återkoppling:** Anmälaren önskar att den politiska ledningen får kännedom om förhållandena, vilket sker i augusti 2012. Anmälaren får skriftlig och muntlig återkoppling från sakkunnig om att de iakttagelser som framförts angående bemanningen överensstämmer med det svar som enhetschefen gett, och att man försöker tillsätta extrapersonal när det är möjligt. Anmälaren är nöjd med vidtagna åtgärder.

**Inkom:** 2012-07-30

**Avser:** Växelvården på Solskiftets äldreboende

**Klagomål:** En anhörig framför klagomål angående brister gällande extravak på boendet efter en incident där en person hoppar över staketet.

**Åtgärder och återkoppling:** Enhetschefen tar kontakt med anmälaren och informerar om att man har lagt om tiderna för extravak. Anmälaren är nöjd med vidtagna åtgärder men vill att staketet ska höjas.

**Inkom:** 2012-08-14

**Avser:** Hemtjänst i egen regi

**Klagomål:** Indragen hemtjänst p.g.a. mögellukt i bostaden.

**Åtgärder och återkoppling:** Sakkunnig är i kontinuerlig telefonkontakt med personen som framfört klagomålet vilket den klagande uppskattar samt med enhetschef på biståndsenheten och enhetschefen på hemtjänsten. Personen får information om att hemtjänsten återupptas. Personen är lättad över att inställda hemtjänstinsatser i form av städning kommer åter komma igång. Lex Sarah-anmälan gjord av biståndshandläggare avseende brister i serviceinsatser och omvårdnad inom hemtjänst.

**Inkom:** 2012-09-03

**Avser:** Växelvården på Solskiftets äldreboende

**Klagomål:** Enhetens arbetssätt och lokaler på boendet.

**Åtgärder och återkoppling:** Klagomål framfört av anhörig. Enhetschefen ger skriftlig och muntlig återkoppling samt haft uppföljningsmöten med anmälaren samt reviderat genomförandeplanen. Sakkunnig har haft två samtal med de klagande. Anmälaren är inte helt nöjd med åtgärderna. Information till anmälaren om planer att höja ersättningen till korttidsenheterna i Budget 2013.

**Inkom:** 2012-09-10

**Avser:** Hemtjänst i egen regi

**Klagomål:** Bristande kontinuitet, bemötande, bristfällig städtjänst.

**Åtgärder och återkoppling:** Inom ramen för kvalitetsarbetet har man arbetat aktivt med att minska antalet personer kring personen för förbättrad kontinuitet. Verksamhetsledaren ger muntlig återkoppling till anmälaren, som är nöjd med åtgärderna.

**Inkom:** 2012-09-20

**Avser:** Danderyds sjukhus

**Klagomål:** Information och bemötande relaterat till vårdplanering på Danderyds sjukhus.

**Åtgärder och återkoppling:** Klagomål framfört av anhörig. Sakkunnig och biståndshandläggare har muntlig kontakt med personen i fråga. Den anhöriga är nöjd med hanteringen av klagomålet och bemötandet från biståndshandläggaren som fick beröm för sin hantering av ärendet.

**Inkom:** 2012-10-15

**Avser:** Enebacken

**Klagomål:** Hyres- och matkostnader för viss tidsperiod

**Åtgärder och återkoppling:** Anhörig till avliden person framför klagomålet. Enhetschef och boendesamordnare kontaktar den klagande skriftligt och informerar om att en återbetalning görs när det gäller matkostnaden för perioden och informerar om gällande regler om hyreskostnader fram till att besiktning av lägenhet genomförs.

**Inkom:** 2012-10-16

**Avser:** Hemtjänst i egen regi

**Klagomål:** Larmpersonalens agerande i samband med hemkomst från sjukhuset.

**Åtgärder och återkoppling:** Enhetschefen utreder ärendet och har kontakt med personen som framfört klagomålet samt med inblandad personal och ger återkoppling till biståndsenheten och sakkunnig. I utredningen framkommer att personalen har agerat korrekt.

**Inkom:** 2012-11-20

**Avser:** Växelvärd på Solskiftets korttidsboende

**Klagomål:** Bemötande, enhetens arbetssätt, hemresa/avhämtning, hygien, rutiner och aktiviteter.

**Åtgärder och återkoppling:** Anhörig till personen framför klagomålet. Enhetschefen ger återkoppling skriftligen. Sakkunnig tar under flera tillfällen kontakt via telefon med personen som framfört klagomålet. Personen uppskattar detta, är nöjd med svaret men framhåller att det vore en god idé att se över rutinerna på boendet.

## Funktionshinder

**Inkom:** 2012-10-19

**Avser:** Malvavägens LSS-boende

**Klagomål:** Bemötande hos personal och vikarier samt genomförande av verksamhet.

**Åtgärder och återkoppling:** Klagomålet framfört av enskild avser dåligt bemötande från delar av personalen på boendet och problem med oerfarna vikarier samt att gemensamhetslokalen stängt två timmar för tidigt under två tillfällen. Föreståndaren ger skriftlig återkoppling till personen i fråga och kommer överens med personen att man kommer att ta upp gemensamhetslokalens öppettider på ett personalmöte. De två parterna kommer även överens om att försöka ordna arbetspraktik till personen med hjälp av ILSA.

**Inkom:** Skriftligen 2012-11-14 och muntligen 2012-11-26

**Avser:** ILSA daglig verksamhet och arbetsanpassare på ILSA, bemötande och bristande tillgänglighet i lokal.

**Klagomål:** Klagomålet avser att personen upplever att ILSA inte fullgör sitt uppdrag om att hitta arbete till honom/henne och att kravet att man ska vara på plats 2 gånger i veckan för arbetsökarverksamhet medför stress. Anmälaren framför även klagomål över att ha blivit illa bemött under hembesök och att tillgången till ILSA:s lokal har bristande tillgänglighet för dem som rör sig med permobil.

**Åtgärder och återkoppling:** Handläggaren framför klagomålet till ansvarig chef som ger skriftlig återkoppling till personen. Ansvarig chef beklagar att kunden är missnöjd med det stöd som arbetsanpassaren på ILSA gett. Chefen meddelar att man kommer att arbeta vidare på att kunden ska bli så nöjd som möjligt utifrån det uppdrag som ILSA har. Under tiden då en hiss i byggnaden var ur funktion erbjöds personen att få träffa sin arbetsanpassare på annan lämplig plats.

**11.**

**Utnämning av PuL-ombud för Vård- och  
omsorgsnämnden**

Socialförvaltningen  
Linda Turula

**Tjänsteutlåtande**

2/5/2013

Dnr VON 2013/0014-005

Till Vård- och omsorgsnämnden

**Utnämning av PuL-ombud för Vård- och omsorgsnämnden****Förslag till beslut****Vård- och omsorgsnämnden beslutar att**

utse Linda Turula, administrativ samordnare, till Vård- och omsorgsnämndens personuppgiftsombud.

**Redogörelse för ärendet**

Personuppgiftslagen (PuL) innehåller regler som ska skydda människor mot att deras personliga integritet kränks genom behandling av personuppgifter. Personuppgiftsansvarig är myndigheten, i det här fallet Vård- och omsorgsnämnden. Den personuppgiftsansvarige kan utse ett personuppgiftsombud som ska hjälpa till med att uppfylla lagens krav. En personuppgiftsansvarig som utser ett personuppgiftsombud slipper anmäla vissa behandlingar av personuppgifter till Datainspektionen. Personuppgiftsombudet kan få information och råd från Datainspektionen.



Anne Simmasgård  
Socialchef



Linda Turula  
Administrativ samordnare

**12.**

**Kvartalsrapport 4 år 2012 av ej verkställda  
beslut från Vård- och omsorgsnämnden**

Biståndsenheten  
Sigbritt Sundling

**Tjänsteutlåtande**

2013-02-18

Dnr VON 2013/0012

Till Vård- och omsorgsnämnden

**Kvartalsrapport 4 år 2012 av ej verkställda beslut från  
Vård- och omsorgsnämnden**

Rapporten avser äldreomsorg enligt SoL och omsorg till personer med funktionsnedsättning enligt SoL och LSS

**Förslag till beslut****Vård- och omsorgsnämndens beslut**

1. anteckna rapporten till protokollet
2. överlämna rapporten till Kommunfullmäktige

**Redogörelse för ärendet**

Kommunerna har skyldighet enligt 16 kap 6 f § socialtjänstlagen (SoL) och enligt 28 f § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) att till Socialstyrelsen och revisorerna rapportera in gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum.

Vård- och omsorgsnämnden ska även till Kommunfullmäktige lämna statistikrapport över hur många gynnande beslut enligt 4 kap. 1 § SoL och 9 § LSS som inte verkställts inom tre månader från dagen för gynnande beslut

**Förvaltningens slutsatser**

Det fanns sjuutton ej verkställda beslut enligt SoL per den 31 december 2012  
Femton beslut avser särskilt boende och två beslut avser växelvårdsboende.

Det fanns fyra ej verkställda beslut enligt LSS per den 31 december 2012  
Tre beslut avser bostad med särskild service för vuxna och ett beslut avser avlösarservice.

**SoL**

Kvinna född 1943 beslut särskilt boende 2012-05-07. Erbjuden lägenhet men tackat nej 2012-09-24. Väntar på nytt erbjudande.

Kvinna född 1922 beslut särskilt boende 2012-06-19. Flyttat till särskilt boende 2013-01-08.

Kvinna född 1926 beslut särskilt boende 2012-06-19. Flyttat till särskilt boende 2013-01-21.

Man född 1923 beslut särskilt boende 2012-06-20. Flyttat till särskilt boende 2012-01-25.

Kvinna född 1922 beslut särskilt boende 2012-07-25. Flyttat till särskilt boende 2013-01-02.

Kvinna född 1929 beslut växelvårdsboende 2012-08-03. Tackat nej till erbjuden plats 2013-01-22

Kvinna född 1927 beslut särskilt boende 2012-08-16. Erbjuden lägenhet men tackat nej 2012-09-26. Väntar på särskilt boende i Danderyd.

Kvinna född 1938 beslut särskilt boende 2012-08-22. Flyttat till särskilt boende 2012-01-15.

Man född 1936 beslut särskilt boende 2012-08-22. Ej kunnat erbjudas boende, saknas ledig lägenhet.

Man född 1930 beslut särskilt boende 2012-08-22. Ej kunnat erbjudas boende, saknas ledig lägenhet.

Man född 1917 beslut särskilt boende 2012-08-23. Ej kunnat erbjudas boende, saknas ledig lägenhet.

Man född 1937 beslut särskilt boende 2012-08-27. Ej kunnat erbjudas boende, saknas ledig lägenhet.

Kvinna född 1921 beslut särskilt boende 2012-09-04. Ej kunnat erbjudas boende, saknas ledig lägenhet.

Kvinna född 1927 beslut särskilt boende 2012-09-09. Ej kunnat erbjudas boende, saknas ledig lägenhet.

Man född 1921 beslut särskilt boende 2012-09-12. Flyttat till särskilt boende 2013-01-23.



Kvinna född 1928 beslut särskilt boende 2012-09-14. Ej kunnat erbjudas boende, saknas ledig lägenhet.

Kvinna född 1929 beslut växelvårdsboende 2012-09-19. Avliden 2012-12-30.

## LSS

Man född 1992 beslut om bostad med särskild service för vuxna 2012-01-24. Ej velat flytta när olika boenden föreslagits. Beslutet avslutat 2013-02-01.

Pojke född 1905 beslut om ledsagarservice 2012-03-16. Beslutet ej verkställt, är avslutat i överenskommelse med vårdnadshavarna 2013-01-04.

Kvinna född 1992 beslut om bostad med särskild service för vuxna 2012-08-10. Ej kunnat erbjudas boende, saknas ledig lägenhet.

Man född 1991 beslut om bostad med särskild service för vuxna 2012-08-21. Ej kunnat erbjudas boende, saknas ledig lägenhet.

## Beslut bör delges

Kommunfullmäktige

Akt



Anne Simmasgård  
Socialchef

Sigbritt Sundling  
Enhetschef biståndsenheten