

Kallelse

Vård- och omsorgsnämnden kallas till sammanträde

Tid: Tisdagen den 28 maj 2013 kl. 18.00

Plats: Largen, plan 1, Alceahuset, Hackstavägen 22

(Sammanträdesrum Largen är reserverat för majoriteten kl. 16.30-18.00.

Sammanträdesrum Losjön, plan 1 är reserverat för oppositionen kl. 17.00-18.00)

Övrig information:

Var vänlig anmäl om du har förhinder till sammanträdet till Linda Turula,

linda.turula@osteraker.se

På uppdrag av ordförande Mikael Ottosson (KD)



Linda Turula

Administrativ samordnare

Föredragningslista

1. Val av justerare samt tid och plats för justering
2. Fastställande av dagordning
3. Muntlig rapport om händelse med trygghetslarm (TV4)
4. Vård- och omsorgsnämndens månadsuppföljning per den 2013-04-30
5. Lokalersättning vid införande av LOV för permanenta platser inom särskilt boende
6. Verksamhetsuppföljning av Enebackens och Vårdbo äldreboenden 2013
7. Fördjupad granskning av LSS-verksamheten Sågen daglig verksamhet
8. Ansökan om stimulansbidrag för utveckling av eHälsa 2013
9. Lokal samverkansöverenskommelse mellan Österåkers kommun och PRIMA vuxenpsykiatri
10. Ändring av administrativ huvudman för FoU Seniorium
11. Ersättning till styrgruppen för pilotprojektet inom dagverksamheten på Vårdbo

12. Individärenden

- 12.1 Omprövning av personlig assistans
- 12.2 Omprövning av daglig verksamhet
- 12.3 Omprövning av korttidstillsyn och korttidsvistelse samt ansökan om tillfällig utökning av korttidsvistelse
- 12.4 Ansökan om bostad med särskild service för barn och ungdomar
- 12.5 Ansökan om personlig assistans
- 12.6 Ansökan om korttidstillsyn
- 12.7 Ansökan om daglig verksamhet
- 12.8 Ansökan om korttidsvistelse i familj enligt LSS 9 § 6
- 12.9 Ansökan om korttidsvistelse i familj enligt LSS 9 § 6
- 12.10 Ansökan om korttidsvistelse i form av kollooverksamhet
- 12.11 Ansökan om dagbehandling (företräde)
- 12.12 Ansökan om särskilt boende
- 12.13 Ansökan om hemtjänst vid vistelse i sommarhus
- 12.14 Ansökan om HVB-boende (omedelbar justering)
- 12.15 Ansökan om fortsatt HVB-boende
- 12.16 Särskild ersättning för boende på gruppboende LSS
- 12.17 Särskild ersättning för deltagande i dagverksamhet SoL

13. Anmälan delegationsbeslut

- 13.1 Delegationslista Public 360 2013-04-01 – 2013-04-30
- 13.2 Delegationslistor Procapita 2013-04-01 – 2013-04-30

14. Delgivningar

- 14.1 Beslut från Förvaltningsrätten i Stockholm i mål nr 5126-13
- 14.2 Dom från Förvaltningsrätten i Stockholm i mål nr 22827-12
- 14.3 Dom från Förvaltningsrätten i Stockholm i mål nr 10235-12
- 14.4 Dom från Förvaltningsrätten i Stockholm i mål nr 3383-13
- 14.5 Brev från enskild
- 14.6 Protokollsutdrag KF § 4:7 /2013
- 14.7 Protokollsutdrag KF § 4:8 /2013
- 14.8 Protokollsutdrag KF § 4:36 /2013
- 14.9 Protokollsutdrag PS § 41
- 14.10 Protokollsutdrag PS § 43
- 14.11 Protokollsutdrag PS § 44
- 14.12 Protokollsutdrag PS § 45
- 14.13 Protokollsutdrag PS § 46
- 14.14 Information om ny tillsynsmyndighet – Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- 14.15 Vårdanalys: Öppnar jämförelser för ökad kvalitet i vård och omsorg om äldre?
- 14.16 SKL: Cirkulär 13:13 – Vårpropositionen för år 2013
- 14.17 SKL: Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet i socialtjänsten 2013
- 14.18 MBL-protokoll 2013-05-27
- 14.19 Protokoll från skyddskommittén 2013-05-13

4.

**Vård- och omsorgsnämndens
månadsuppföljning per den 2013-04-30**



Socialförvaltningen
Frida Wennermark

Tjänsteutlåtande

5/15/2013

Dnr VON 2013/0030-042

Till Vård- och omsorgsnämnden

Tjänsteutlåtande - Vård- och omsorgsnämndens månadsuppföljning per den 2013-04-30

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar

1. Månadsuppföljning per den 30 april 2013 och prognos per den 31 december 2013 noteras.
2. Månadsuppföljning och prognos överlämnas till Kommunstyrelsen.

Redogörelse för ärendet

Nämndens nettokostnader för perioden uppgår till -163 095 tkr vilket motsvarar 100 % av periodbudgeten. Bokslutsprognosen för helåret är -493 700 tkr vilket ger nämnden ett resultat med en negativ avvikelse gentemot budget uppgående till 4,4 mkr för helåret 2013.

Bilagor

Vård- och omsorgsnämndens månadsuppföljning per den 30 april 2013.

Anne Simmasgård
Förvaltningschef

Frida Wennermark
Controller

Frida Wennermark
Controller

Ekonomisk uppföljning per den 30 april, Vård- och omsorgsnämnden

Ekonomisk sammanställning

Driftsredovisning per slag (belopp i tkr)	HELÅR				PERIOD: JAN - APR			
	Budget 2013	Prognos 2013	Budget- avvikelse	Utfall 2012	Period- budget	Utfall perioden	Budget- avvikelse	%
Verksamhetens intäkter								
Avgifter	20 112	21 362	1 250	19 598	6 704	7 037	333	105%
Övriga intäkter	47 688	48 488	800	48 490	15 896	16 877	981	106%
Summa intäkter	67 800	69 850	2 050	68 088	22 600	23 914	1 314	106%
- Varav Interna intäkter								
Verksamhetens kostnader								
Personalkostnader	-23 701	-23 501	200	-19 558	-7 900	-7 812	88	99%
Lokalkostnader	-38 891	-38 891	0	-42 754	-12 964	-12 951	11	100%
Kapitalkostnader	-1 129	-1 029	100	-1 095	-376	-316	60	84%
Köp av verksamhet	-468 236	-474 486	-6 250	-443 803	-156 079	-157 487	-1 408	101%
Övriga kostnader	-25 143	-25 643	-500	-24 448	-8 381	-8 442	-60	101%
Summa kostnader	-557 100	-563 550	-6 450	-531 659	-185 700	-187 009	-1 308	101%
- Varav interna kostnader								
Verksamhetens nettokostnad	-489 300	-493 700		-463 571	-163 100	-163 095		100%

Driftsredovisning per verksamhet (belopp i tkr)	HELÅR				PERIOD: JAN - APR			
	Budget 2013	Prognos 2013	Budget- avvikelse	Utfall 2012	Period- budget	Utfall perioden	Budget- avvikelse	%
Nämnd och ledningsstab	-27 354	-26 054	1 300	-21 624	-9 118	-7 677	1 441	84%
Särskilt boende	-115 200	-114 400	800	-109 445	-38 400	-38 080	320	99%
Korttidsplatser äldreomsorg	-43 421	-44 271	-850	-40 852	-14 474	-15 306	-833	106%
Hemtjänst	-81 439	-84 639	-3 200	-76 772	-27 146	-27 898	-752	103%
Övrig äldreomsorg	-8 749	-8 349	400	-9 363	-2 916	-2 962	-45	102%
Korttids LSS	-23 863	-18 363	5 500	-22 889	-7 954	-6 080	1 874	76%
LSS-boende	-94 043	-97 043	-3 000	-92 378	-31 348	-31 675	-327	101%
Daglig verksamhet LSS	-27 007	-29 607	-2 600	-23 071	-9 002	-9 804	-802	109%
Övrig LSS-verksamhet	-6 356	-7 656	-1 300	-6 449	-2 119	-2 601	-483	123%
Vård psyk funktionshindrade	-15 250	-13 050	2 200	-13 980	-5 083	-4 417	666	87%
Övrig omsorg psyk funk hindr	-15 116	-15 466	-350	-15 472	-5 039	-5 234	-195	104%
Personlig assistans LSS	-7 891	-10 691	-2 800	-7 892	-2 630	-3 499	-869	133%
Personlig assistans SFB	-22 275	-22 775	-500	-22 151	-7 425	-7 416	9	100%
Personligt Ombud	-1 336	-1 336	0	-1 234	-445	-445	0	100%
Verksamhetens nettokostnad	-489 300	-493 700		-463 571	-163 100	-163 095		100%

Sammanfattning

Nämndens utfall för perioden uppgår till -163 095 tkr vilket motsvarar 100 % av periodbudgeten. Bokslutsprognosen för helåret är -493 700 tkr vilket ger ett underskott uppgående till 4,4 mkr.

Kommentarer till periodens utfall

Nämndens nettoavvikelse per den 30 april visar på en positiv avvikelse på endast 5 tkr jämfört med periodbudgeten. Underskottet för verksamheterna uppgår dock till drygt 1,3 mkr men uppvägs av ett lika stort överskott för centrala poster.

För särskilt boende finns för perioden ett överskott på drygt 300 tkr. Det är främst intäkterna som avviker positivt från budgeten. Intäkterna för sålda platser till andra kommuner motsvarar en tredjedel av överskottet då dessa budgeterats utifrån förutsättningen att de kommer att sjunka under året på grund av att länsöverenskommelsen sagts upp. Ytterligare en bidragande orsak är att budgeten utgick från att de två korttidsplatserna på Vårdbo skulle omvandlas till SÄBO-platser i början av året men eftersom detta ännu inte skett så påverkas utfallet för särskilt boende positivt och motsvarande för korttidsplatser. För korttidsplatser uppgick underskottet per april till totalt 800 tkr. Antalet dygn för externa korttidsplatser har dock sjunkit från att ha legat mycket högt i januari och februari. Kostnaden har dock varit högre än budgeterat för årets första månader vilket förklarar den negativa periodavvikelsen. Periodutfallet för utskrivningsklara har förbättrats på grund av att det endast varit 2 dygn per månad för mars respektive april. I januari uppgick antalet dygn till rekordhöga 72.

Kostnaderna för hemtjänst har dock ökat mer än förväntat och översteg periodbudgeten med cirka 1 mkr. Antalet timmar minskade något i mars men steg kraftigt igen i april vilket gjorde att utfallet för april blev 350 tkr sämre än det preliminära resultatet föregående månad. Den största förklaringen till denna ökning beror på en ökad effektivitet hos utförarna. Det är främst de externa utförarna som ökat andelen utförda timmar av dem som verkställts. Under 2012 hade de externa utförarna en effektivitet på i snitt 77 % och under perioden januari-april i år har den ökat till i snitt 81 %. För egen regi har den siffran ökat från 72 % föregående år till att nu vara i snitt 73 %. Även antalet kunder har ökat kraftigt under året. I januari uppgick antalet kunder till 495 stycken och i april var siffran 513 kunder. Det totala periodutfallet för äldreomsorg uppgår sammanfattningsvis till -1,3 mkr.

Även LSS-verksamheterna uppvisar ett underskott per den sista april (-600 tkr). Volymerna inom korttidsverksamheter för barn har fortsatt minska kraftigt med föregående år och ligger under budgeterade nivåer. Volymerna inom avlösning/ledsagning var dock högre i början av året men totalt har dessa verksamheter ett överskott på 1,4 mkr för de första fyra månaderna. Underskottet för LSS-boende uppgår ännu bara till drygt -300 tkr och för daglig verksamhet till -800 tkr. Både antalet personer och antalet timmar inom personlig assistans LSS har ökat kraftigt. Antalet personer är mer än en tredjedel högre än budgeterat. Det här har lett till ett underskott på cirka 900 tkr på fyra månader.

För dagverksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning på Kanalhuset har antalet genomförda pass minskat för det första kvartalet med cirka 10 % jämfört med föregående år. Utfallet per april är dock negativt med 50 tkr men eftersom verksamheten minskar under sommaren kommer detta troligen leda till ett överskott på helåret på cirka 150 tkr. Utfallet för boendestöd har försämrats på grund av att fler personer nu får boendestöd än vad som budgeterats och antalet timmar ökar, främst inom boendestöd NPF (neuropsykiatriskt funktionshinder).

Kommentarer till bokslutsprognos

Bokslutsprognosen för helåret är -493 700 tkr vilket ger nämnden en negativ budgetavvikelse på 4,4 mkr. Det innebär en förbättrad prognos sedan mars månad med 800 tkr. Prognosen för centrala poster är dock oförändrad.

En stor förklaring till varför helårsprognosen väntas bli negativ trots att utfallet per april visar ett litet positivt resultat är att flera stora kostnadsposter avseende bland annat nya trygghetsboenden och förstudie för ett särskilt boende på Ljusterö ännu inte belastat resultatet. När detta sker, troligen i slutet av året, kommer utfallet att försämrats med cirka 1,5 mkr för detta.

Inom några verksamheter har prognosen förbättrats sedan föregående. Särskilt boende har en förbättrad avvikelse på 300 tkr främst på grund av högre intäkter än budgeterat samt uppskjutandet av omvandlingen av de två korttidsplatserna på Vårdbo. Även för korttidsplatser har prognosen kunnat justeras upp på grund av en trend av sjunkande volymer för externa dygn. Prognosen inom hemtjänst har försämrats till -3,2 mkr för helåret. Prognosen bygger på att utförarnas utförandegrad är på ungefär samma nivåer som under april månad, dvs 73 % för egen regi och 84 % för extern regi. Den totala, ökade kostnaden som detta väntas innebära uppgår till cirka 3 mkr. Det ökade antalet kunder är dock ungefär i linje med vad som budgeterats.

Antalet externa platser på LSS boende för både barn och vuxna är oförändrat. Helårsprognosen för verksamheten har dock förbättrats med 1 mkr eftersom den volymökning som budgeterats för uppstarten av den nya gruppboenden "Hantverkaren" senarelagts samt att en budgeterad volymökning på en boende inom stöd och service ännu inte skett.

Inom daglig verksamhet har tidigare konstaterats att verksamheten kommer att ha en stor negativ avvikelse för 2013. En djupare analys av vad som skett sedan föregående år och om eventuell ekonomisk effekt för införandet av en ny ersättning från årsskiftet i samband med att LOV infördes har nu gjorts. En förklaring som kunnat konstateras avser principen om borttagandet av ersättning för halvdagar som från och med 1 januari 2013 ersätts som heldagar. Syftet var främst att minska administrationen kring dessa. Den ekonomiska konsekvensen av detta var dock ej beräknad och därför ej hänsyn tagen till vid framräkandet av den nya ersättningen. Förändringen har dock visat sig motsvara en helårseffekt på cirka 1 mkr av den totala ersättningen till egen regi. En annan förklaring till det förväntade underskottet är att volymerna väntas öka med 10 % jämfört med år 2012 men de Antagandet grundar sig på volymökningen på 10 % för det första kvartalet i år. Denna ökning med drygt 3 000 dygn förväntas leda till högre kostnader om cirka 2,3 mkr för helåret. Volymerna inom extern daglig verksamhet är dock något lägre än budgeterat och detta väntas väga upp det totala underskottet med 0,5 mkr och leder då till en total negativ avvikelse på 2,6 mkr.

Inom insatsen korttidsvistelse har de minskade volymerna gjort att prognosen förbättrats med ytterligare 1,5 mkr. Retroaktiva feldebiteringar från en utförare som konstaterades under april månad har också bidragit till att helårsprognosen kunnat justeras. Personlig assistans enligt LSS förväntades tidigare ge ett underskott på 1,4 mkr jämfört med budget. Det har nu dock fördubblats på grund av att ytterligare två personer tillkommit under april månad och kostnaderna för dessa uppgår till 1,3 mkr för i år.

Prognosen för HVB psykiatri är oförändrad men kostnaderna för boendestöd väntas dock bli högre än vad som tidigare förväntats. Inom dagverksamheten på Kanalhuset har prognosen förbättrats till +150 tkr på grund av att volymerna hittills varit lägre än föregående år.

Nyckeltal

Nyckeltal äldreomsorg	Budget 2013	Prognos 2013	Utfall 2012
Särskilt boende, årsplatser	205	206	203
Särskilt boende, snittkostnad/dygn	1 699	1 706	1 798
Särskilt boende, beläggningsgrad	97%	98%	97%
Särskilt boende, genomsnittlig vårdnivå	5,16	5,51	5,12
Korttidsplatser, antal dygn	21 535	21 639	20 621
Korttidsplatser, snittkostnad/dygn	2 047	2 189	2 013
Utskrivningsklara, antal dygn	220	208	236
Utskrivningsklara, snittkostnad/dygn	3 220	3 400	3 371
Hemtjänst, utförda timmar dag och kväll	218 094	226 482	206 099
- varav extern regi	39%	45%	38%
Hemtjänst, antal kunder	517	509	502
Hemtjänst, pris/utförd timme	374	375	366

Nyckeltal funktionshinder	Budget 2013	Prognos 2013	Utfall 2012
Boende, antal vuxna egen regi	99	98	98
Boende, antal vuxna extern regi	23	21	21
Boende, antal barn	14	18	13
Daglig verksamhet enl. LSS, antal personer	169	164	157
Korttidsvistelse, antal dygn	5 718	4 162	5 076
Korttidstillsyn, antal barn	33	24	31
Hem för vård och boende (HVB), antal dygn	7 529	6 606	7 435
Hem för vård och boende (HVB), snittkostnad/dygn	2 089	2 002	2 096
Boendestöd, antal personer	106	113	92
Boendestöd, antal timmar	10 445	11 868	9 466
Sysselsättning enl. SoL, antal pass	7 115	6 404	7 110
Personlig assistans LSS, antal timmar	30 561	41 257	31 322
Personlig assistans LSS, antal personer	16	22	17
Personlig assistans SFB, antal personer	74	73	74

5.

Lokalersättning vid införande av LOV för permanenta platser inom särskilt boende



Tjänsteutlåtande

2013-05-21

Dnr VON 2013/0034-735

Till Vård- och omsorgsnämnden

Lokalersättning vid införande av LOV i särskilt boende

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden föreslår Kommunstyrelsen föreslå Kommunfullmäktige besluta att

fastställa lokalersättningen till 172 kronor per dygn och plats vid införande av LOV i särskilt boende.

Redogörelse för ärendet

Vård- och omsorgsnämnden fattade beslut i april 2013 om att lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) successivt ska införas i särskilt boende fr.o.m. 2014-02-01. Dessa ändrade förutsättningar har bidragit till att nuvarande ersättningskonstruktion bör ses över. Som ett första led i den aviserade översynen måste lokalersättningen fastställas för permanenta platser inom särskilt boende inom ramen för införandet av LOV.

Förvaltningens slutsatser

Controller för socialförvaltningen och sakkunnig äldre har lämnat förslag till lokalersättning enligt bilagda bilaga och föreslår en ersättning om 172 kronor per plats och dygn.

Bilagor

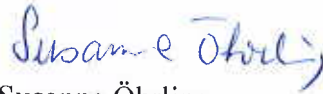
Bilaga 1: Förslag till lokalersättning vid införande av LOV i särskilt boende

Beslut bör delges

Kommunstyrelsen
Produktionsstyrelsen



Anne Simmasgård
Socialchef



Susanne Öhring
Sakkunnig äldre



Frida Wennermark
Controller

Österåkers kommun
Socialförvaltningen

Datum: 2013-05-17

Ärende/nr: VON 2013/0034

Förslag till lokalersättning vid införande av LOV i särskilt boende

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden fattade beslut i april 2013 om att lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) successivt ska införas i särskilt boende fr.o.m. 2014-02-01. Dessa ändrade förutsättningar har bidragit till att nuvarande ersättningskonstruktion bör ses över. Som ett första led i den aviserade översynen måste lokalersättningen fastställas för permanenta platser inom särskilt boende inom ramen för införandet av LOV.

Förslag till lokalersättning

Lokalersättningen bygger på en fördelning av Vård- och omsorgsnämndens nuvarande lokalkostnader. Lokalkostnaderna har beräknats genom att ta fram en peng som ingår i den totala ersättningen men som avser täcka utförarens kostnader för övertagande av lokalerna. Kostnaderna avser främst hyra, el, sophämtning men även övriga lokalkostnader. Hänsyn har även tagits till de hyresintäkter som erhålls från de boende. Emellertid föreligger stora variationer avseende lokalhyran för de tre särskilda boendena; Enebacken, Vårdbo och Solskiftet vilket genererar stora skillnader i nettokostnaden per plats och dygn. Enebacken har de högsta lokalkostnaderna som resulterar i en nettokostnad per plats och dygn på 199 kr. Vårdbo har den lägsta lokalkostnaden som uppgår till 39 kr per plats och dygn medan Solskiftets nettokostnad uppgår till 94 kr. Om ett vägt medelvärde används med hänsyn tagen till antalet platser per särskilt boende skulle denna ersättning uppgå till 153 kr per plats och dygn. Socialförvaltningen föreslår mot denna bakgrund att lokalersättningen höjs till 172 kr per plats och dygn vilket är den samma som det vägda medelvärdet om Vårdbo exkluderas. Eftersom Vårdbo har mycket låga lokalkostnader på grund av nuvarande hyreskonstruktion bör detta inte påverka snittet. I dagsläget bekostar Vård- och omsorgsnämnden endast ytor som avser gemensamhetsutrymmen, ej lägenhetskontrakt. Höjningen på 19 kr per plats och dygn skulle innebära en extra kostnad upp till 350 tkr för de 50 platserna på det planerade särskilda boendet i Margretelund men enligt Socialförvaltningens bedömning skulle detta ändå vara ett mindre kostsamt alternativ än att kommunen får stå för byggandet av dessa lokaler.

6.

**Verksamhetsuppföljning av Enebackens
och Vårdbo äldreboenden 2013**

Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen

Datum 2013-05-15

Dnr VON 2013/0036-735

Till Vård och omsorgsnämnden

Verksamhetsuppföljning av Enebackens och Vårdbo äldreboenden 2013

Fördjupad verksamhetsuppföljning har genomförts vid Enebackens och Vårdbo särskilda boenden, vilket redovisas i föreliggande rapporter.

Beslutsförslag

Vård och omsorgsnämndens beslut

1. Att godkänna föreliggande rapporter.
2. Att Enebacken, Vårdbo i sina respektive årsberättelser redovisar vilka förbättringsåtgärder som vidtagits med anledning av verksamhetsuppföljningen

Sammanfattning

Under april månad 2013 genomförde medicinskt ansvarig sjuksköterska och extern utredare, inlänad från Vaxholms stad, fördjupad verksamhetsuppföljning av vid Enebackens och Vårdbo äldreboende. Uppföljningen är ett led i kommunens kvalitetskontroll och genomförs en gång vartannat år. Resultatet vid uppföljningen blev att Enebacken har några förbättringsområden att arbeta med och att enheterna för övrigt i stort sett uppfyllde ställda krav, förutom att den sociala dokumentationen kan utvecklas.

Uppföljningen redovisas här i separata rapporter.

Bilagor

1. Verksamhetsuppföljning av Enebackens äldreboende.
2. Granskning med kvalitetsinstrumentet QUSTA, Enebacken
3. Verksamhetsuppföljning av Vårdbo äldreboende.
4. Granskning med kvalitetsinstrumentet QUSTA, Vårdbo



Margot Franzén

Utredare



Birgitta Almén

MAS

ÖSTERÅKERS KOMMUN
Socialförvaltningen
Margot Franzén
Birgitta Almén

2013-05-15

RAPPORT**Verksamhetsuppföljning av Enebackens äldreboende 2013****Sammanfattning**

Verksamhetsuppföljningen genomfördes av MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska och extern utredare, inlånad från Vaxholms stad, under april månad 2013.

Vår samlade bedömning är att Enebacken är ett väl fungerande boende och att verksamheten har utvecklats sedan föregående uppföljning. Det finns inga rekryteringsproblem och personal söker sig dit med anledning av att Enebacken har en genomtänkt vårdfilosofi. De boende får den vård och omsorg de behöver och vardagen har ett meningsfullt innehåll. Det finns stimulerande aktiviteter individuellt och i grupp. Personalen har ett professionellt förhållningssätt och ett mycket gott bemötande av de boende, de visar omtanke och tålmod. Som besökare bemöts man av vänlighet och hjälpsamhet.

Följande förbättringsområden har identifierats vid verksamhetsuppföljning på Enebacken:

1. Rutiner för hantering av verksamhetssystemet Procapita behöver ses över för att säkerställa att systemet används på rätt sätt.
2. Alla boende hade inte en fullständig och aktuell genomförandeplan.
3. Gemensamma listor för olika vårdmoment hos respektive avdelnings boende fanns i köken. Detta är inte förenligt med respekt för den enskildes personliga integritet och uppfyller inte kraven i SOSFS 2006:5.
4. Måltidsordningen bör ses över avseende måltidernas fördelning över dygnet.

Vård- och omsorgsnämnden förväntar sig att i Enebackens kommande årsberättelse framgår hur man arbetat med ovanstående förbättringsområden.

Metod

Utgångspunkten för verksamhetsuppföljningen var

- gällande lagstiftning
- Vård- och omsorgsnämndens mål och kvalitetskriterier
- Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer för hälso- och sjukvården
- driftavtal för särskilt boende Enebacken
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Verksamhetsuppföljningen bestod av:

- Intervju med enhetschef
- Intervju med omvårdnadspersonal
- Intervju med boende
- Observation av omvårdnadsarbetet
- Dokumentationsgranskning
- Kvalitetsmätning av hälso- och sjukvården med kvalitetsinstrumentet QUSTA

Strukturerade intervjuer har genomförts med enhetschef och personal. Inför chefsintervjun skickades frågeformulär ut för enhetschefen att besvara. Vid intervjun deltog ny enhetschef, då den tjänstgörande planerade att avsluta sin anställning inom kort. Omvårdnadspersonalen intervjuades i grupp om fyra personer från olika demensenheter på plan 2. Deltagarna hade valts ut av ansvarig på Enebacken. Verksamheten observerades under en dag mellan kl.8.00 - 11.30. Besöket var oanmält. Några av de boende intervjuades med allmänna frågor. Vid granskning av den sociala dokumentationen studerades 15 slumpmässigt utvalda personakter i verksamhetssystemet Procapita samt viss dokumentation i pappersform.

Beskrivning av boendet

Enebackens äldreboende drivs på entreprenad av HSB Omsorg sedan 2006. I boendet finns 108 lägenheter fördelade på tre våningsplan. Två av våningsplanen är avsedda för personer med demenssjukdom, ett är avsett för personer med omfattande omvårdnadsbehov. Varje plan är indelat i fyra mindre enheter med vardera nio lägenheter. Enebacken ligger naturnära, ca 3 km från Åkersberga centrum. Lokalbuss stannar ca 700 m därifrån.

Boendet definieras som särskilt boende, vilket innebär att individuellt biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen fattas för var och en som tilldelas en plats och att kommunen har ansvaret för hälso- och sjukvården upp till och med sjuksköterskenivå. Landstinget ansvarar för läkarvården och har för Enebacken träffat avtal med Trygg Hälsa. I särskilt boende ska hemlik miljö och de boendes personliga integritet betonas. Institutionsprägel ska undvikas.

De boende

De senaste åren tenderar de som flyttar in att vara allt sjukare och i allt sämre fysiskt skick.

ANTAL BOENDE

Åldersgrupper	65-74	75-79	80-84	85-89	90-
Kvinnor	9	8	12	18	22
Män	4	7	8	9	11
Antal utlandsfödda	3	3	1	2	0
Antal utlandsfödda som inte kan tala och förstå svenska.	1 kan inte tala men förstår svenska	0	1 kan inte tala men förstår svenska	1 kan inte prata eller förstå svenska	-

Av de utlandsfödda kommer fyra från Finland, en från Ryssland, två från Ungern och två från Chile

Lokaler

Lägenheterna är fullvärdiga bostäder som består av ett rum med trinettkök samt badrum. Förutom justerbar säng är lägenheterna omöblerade. Lägenhetsytan är 29 kvm. På varje enhet finns ett gemensamt kök och allrum.

Ytterdörrar

Ytterdörrarna är försedda med kodlås. Koden finns synlig vid ytterdörren vilket den måste göra.

Utemiljö

En liten inhägnad trädgård finns.

Enebacken har ändamålsenliga personalutrymmen. Det finns pausrum med möjlighet att värma mat och koppla av på varje våningsplan. Omklädningsrum med klädkåp och dusch finns på varje enhet. Vilrum för samtliga personal finns i suterrängplan.

Bedömning av lokalerna

De gemensamma lokalerna gör ett varmt och välkomnande intryck. De är ljusa, trevliga och smakfullt inredda. Det är rent och fräscht med något undantag. På en avdelning var köksgolvet smutsigt. Ytskikten, tapeterna var på några ställen nötta och fläckiga. I en avdelningskorridor fanns en prydnadshylla med vassa hörn uppsatt i huvudhöjd. Detta kan utgöra risk för personskada. Att det finns hundar, akvarium med fisk, burfåglar livar upp och bidrar till hemtrevnaden. Utsikten över ängar och skog är vilsam för ögat.

Verksamhetsinnehåll

Information om verksamheten

Information om Enebackens äldreboende och om hur man ansöker finns på kommunens och HSB Omsorgs hemsidor.

Mål för verksamheten

I verksamhetsplan för 2013 redovisas övergripande mål för hela HSB Omsorg. Se bilaga. Enhetschefen nämner särskilt ökad kundnöjdhet/ trygghet. Omvårdnadspersonalen framhåller EDEN, en arbetsmodell som bidrar till att skapa större meningsfullhet i vardagen och en upplevelse av högsta möjliga livskvalitet. EDENs utgångspunkt är att det största lidandet för äldre är ensamhet, hjälplöshet och tristess och inte de medicinska sjukdomarna. Bland annat handlar EDEN om att skapa en naturlig kontakt med djur, natur och barn, att flytta beslutsfattandet närmare varje individ samt att främja spontana och meningsfulla aktiviteter.

Hundar är tillåtna på Enebacken och ger de boende extra tillskott av bekräftelse och kärlek. Personal får ha sin hund med sig på arbetspassen under förutsättning att hunden testas innan och bedöms som lämplig. Verksamhetens mål förankras hos personalen genom planeringsdagar och på arbetsplatsträffar. Förhållningssätt och bemötande finns formulerat i skrift. Personalen känner översiktligt till de lagar och förordningar som styr verksamheten

Trygghet och säkerhet

Alla lägenheter är utrustade med trygghetslarm. Den enskilde avgör själv om han/hon vill ha trygghetslarm. Många av de boende som har demenssjukdom har inte förmåga att använda trygghetslarm. Rörelselarm finns. Larmen besvaras och åtgärdas omgående.

Samtliga boende har en kontaktman. Kontaktmännen hjälper 1-2 boende var. Skriftlig rutin finns för kontaktmännens ansvarsområde. Rutiner finns för inflyttning, hantering av den boendes egna medel (pengar), nyckelhantering, för akuta situationer. Brandutrymningsplan finns och all personal har gått eller ska gå brandutbildning. Vid tillsynsbesöket hade *inte* all personal namnskyt.

Delaktighet, integritet

Vård- och omsorgsinsatserna för den enskilde planeras tillsammans med denne och anhörig. Till den som har minnessvårigheter upprepas information om insatserna under tiden som de utförs. Med genomförandeplanen säkras att den boende får den vård och omsorg han/hon behöver. Den enskildes behov och önskemål avseende aktivitet och stimulans i vardagen fångas upp vid ankomstsamtal och levnadsberättelse. Den boende kan själv bestämma vad han/hon vill göra under dagen, fira helger och födelsedagar som han/hon är van vid, få hjälp av någon som läser, få hjälp att komma ut och gå, få hjälp att lyssna på vald musik, delta i hushållsgöromål, men inte följa med vid inköp, då de flesta är för sjuka för det. Den boende kan också välja tid för uppstigning, läggning och dusch och informeras om en planerad insats

blir ändrad. Då de flesta boende har demenssjukdom har de svårt att hålla reda på tider och vad som är planerat. För att säkerställa god munvård har all personal fått gå munhälso-utbildning. På demensavdelningarna använder 7 av 9 boende inkontinenshjälpmedel. Personalen håller uppsikt och hjälper till vid toalettbesök.

Aktiviteter

På Enebacken finns gemensamma aktiviteter i form av bingo, högläsning, gruppgymnastik, akvarellmålning, dans, aktiviteter med boendets hundar, pysselgrupp med ordlekar, spel, gudstjänster, PRO-kör och andra musikstunder. Aktiviteter som riktar sig särskilt till kvinnor är pysselgrupp, till män memory, spel. Information om kommande aktiviteter finns på anslagstavlor. Enebacken har kontakt med Lions, PRO (pensionärernas riksorganisation) och kyrkan som tillför stimulerande innehåll i vardagen för de boende. På Enebacken finns ett Solrum. Det är ett varmt och ljus rum inrett med vilstolar, parasoll, gröna växter som tillsammans med starka lampor, inspelat fågelkvitter och vågskvalp ger en illusion av en solig sandstrand.

Anhöriga bjuds regelbundet in till sammankomster och festligheter tillsammans med de boende. Gemensamma anhörigträffar undviks då det är svårt att upprätthålla sekretessen och bevara den boendes personliga integritet i sådana sammanhang. Enhetscheferna efterlyser anhörigutbildning i kommunal regi. Många anhöriga saknar kunskap om demenssjukdomar och åldrande. Med hjälp av medlen från kommunen "En meningsfull dag" har aktiviteterna ökat under 2012. Särskilt fokus har legat på individuella aktiviteter och mindre grupputflykter.

Enskilda aktiviteter

De boendes enskilda aktiviteter noteras i genomförandeplanen. Enskilda aktiviteter kan vara att läsa, titta på TV, samtal, promenader, pyssla i trädgården, utflykt med anhörig, lyssna på musik, läsa tidningen, titta i böcker.

Måltider

Maten tillagas på respektive enhet. Matlagningen började som ett försök förra året på en enhet men finns nu på alla enheter. Det har blivit ett lyft för verksamheten. Med egen mathållning kan Enebacken markant öka personaltätheten och öka delaktigheten kring maten. Dofter, sinnen, smaker förstärks och flexibiliteten blir större. Matsedlarna är näringsberäknade och önskemål från de boende tas med i planeringen. Det finns rutiner för att erbjuda de boende en god måltidsmiljö, för livsmedelshygien och för att uppmärksamma undernäring/felnäring. Tendensen går snarare mot övervikt än mot undervikt. Det är dock inte ett resultat av godare mat utan snarare så att ju yngre de boende är vid inflyttningen, desto omfångsrikare kroppshyddas har de generellt sett. De boende har möjlighet att själv välja tid för måltiden, om hon/han vill äta enskilt eller tillsammans med andra. Många av de boende behöver hjälp att få i sig maten, vilket gör att personalen inte har möjlighet att äta tillsammans med dem.

Tidpunkter för måltider är:

Frukost	kl.7-9.30
Lunch	kl.12.00
Mellanmål	kl.14.00
Middag	kl.17.00
Kvällsmål	kl. 19.00

Däremellan kan den som så önskar eller behöver få extra mellanmål. Nattmål erbjuds den som är vaken på natten. Vid tillsynsbesöket åt en del boende frukost först vid 10-tiden på förmiddagen. Tiderna för dygnets måltider blir i dessa fall komprimerade under dagen med två timmars mellanrum. Måltiderna behöver fördelas jämnare över dygnet.

Intervju med boende

De boende som intervjuades vid tillsynsbesöket var överlag nöjda med boendet och trivdes mycket bra. Personalen fick mycket beröm, ”de är hjälpsamma, alltid trevliga och glada. Maten är också bra. Så mycket bättre kan man inte ha det när man är gammal”. En anhörig som vi träffade på lovordade också personalen och tyckte att Enebacken är ett bra boende.” Så här bra önskar man att alla gamla kunde ha det.” Det var inte heller lång väntetid på att få en plats. Den anhörige hade synpunkter på att lokalerna inte är handikappanpassade fullt ut. Det är t.ex. trösklar vid entréerna, vilket gör det svårt att komma ut och in med rullstol, i korridorerna finns det metallister tvärs över golven med jämna mellanrum. Listerna blir som ett litet gupp för rullstolar och rollatorer. Handledare finns bara på ena sidan i korridoren. Färgsättningen, ansåg den anhörige, var lite trist.

Personal

Personalstat

	Årsarbetare	Antal personer
Undersköterska, usk / vårdbiträde, vbtr	83,75	118
Sjuksköterska dag/kv	4,5	5
Sjuksköterska natt	2	3
Arbetsterapeut	1	1
Sjukgymnast	1	1
Ledning	3	3
Lokalvårdare, samordnare	2,5	3
Timanställda		65

Bemanning

Dagtid arbetar på varje enhet med 9 boende 3 usk/vbtr, kvällar 2 usk/vbtr. Natttid ansvarar en personal två enheter, dvs. 18 boende. Sjuksköterska finns dygnet runt. Tre sjuksköterskor på dagtid, en på kvällar, nätter och helger. Arbetsterapeut och sjukgymnast finns på plats vardagar kl.8-17. I personalstaten anges 3 årsarbetare i ledningsfunktion. Det har varit vakanser på dessa tjänster, vilket innebär att en eller två enhetschefer funnits på plats de senaste månaderna. En enhetschef avslutade sin anställning i slutet på april i år. Enhetschefen anser att boendet har den bemanning som krävs för att ge god vård och omsorg. Personalen tycker att det är svårt om många är sjuka och att det kan bli lite stressigt på kvällarna när de ska laga mat. På frågan vad de är särskilt stolta över framhåller de maten, aktiviteterna och att det är bra personal som sökt sig särskilt till Enebacken.

Personalomsättning

10 av 118 har slutat under senaste året.

Sjukfrånvaro

Korttidsfrånvaron var 6 %, långtidsfrånvaron 11 %.

Arbetsplatsträffar hålls en gång i månaden. Utvecklingssamtal genomförs en gång per år.

Kompetens

Av omvårdnadspersonalen har 94 anställda undersköterskekompetens, 92 har vårdbiträdesutbildning, två personer saknar vårdutbildning. Bland timvikarierna har några problem med att uttrycka sig skriftligt och muntligt på svenska språket. De som deltog i gruppintervjun hade alla flerårig erfarenhet och hade arbetat på Enebacken mellan 3 och 5 år. Tre hade undersköterskeutbildning, en var vårdbiträde.

Den enhetschef, som svarat på intervjufrågorna men som nu slutat, är sjuksköterska med lång chefs erfarenhet och påbyggnadsutbildning inom organisation och ledarskap, rättssäkerhet och kvalitet i social omsorg - socialförvaltningsrätt för arbetsledare. Uppgift om nyanställda chefers kompetens saknas.

Kompetensutveckling

Kompetensutvecklingsplan för enheten och individuellt finns enligt enhetschef, men den var inte känd av omvårdnadspersonalen. Fortbildning som planeras det närmsta året är demensutbildning, bas och fördjupning, livsmedelshygien, förflyttningsteknik, EDEN, munhälsoutbildning av tandhygienist, dokumentation, brandutbildning. Extern handledning ges vid behov, t.ex. om det uppstår problem kring en specifik boende eller vid kontakten med anhöriga. För övrigt får personalen handledning i det dagliga arbetet och arbetsledning av sjuksköterskan.

Introduktion av nyanställda

Skriftlig introduktionsplan finns, nyanställda går dubbelt 2-4 arbetspass med en van kollega och får en handledare. Information lämnas om tystnadsplikt, gåvor, klagomålshantering, rutiner vid akuta situationer och Lex Sarah.

Samverkan

Skriftliga rutiner finns för informationsöverföring mellan, dag-, kvälls- och nattpersonal. Schemalagd tid finns för överrapportering mellan arbetspassen. Det finns också en rapportpärm som förvaras inlåst. Omvårdnadspersonalen vet inte om det finns rutiner för informationsöverföring mellan hemtjänst och boende och vid flytt till annan boendenhet. Personalen tar ibland egna initiativ till detta. Rutiner för informationsöverföring till akutsjukvården finns, sjuksköterskorna sköter detta. Överlämning avbeställning från biståndshandläggarna sker via datasystemet Procapita och kontakt med kommunens boendesamordnare. Sjuksköterskorna tar emot beställningen och informerar personalen. Beställningarna från boendesamordnaren är ibland otillräcklig och inaktuell. Sjuksköterskorna kan inte verkställa i Procapita, det gör enhetschefen. Enhetschefen är missnöjd med Procapita och anser att det inte är ett säkert system. Saknas utbildning, tydliga rutiner och behörigheter? (*Vår kommentar.*)

Social dokumentation

Skriftliga rutiner finns för social dokumentation. Merparten av dokumentationen finns i datorn, övrig förvaras i låsta skåp. Alla boende, utom helt nyinflyttade, har enligt enhetschefen en aktuell genomförandeplan, som upprättats inom 14 dagar efter ankomsten till Enebacken. Kontaktpersonen ansvarar för upprättandet av genomförandeplanen och den boende är delaktig genom att man går igenom punkt för punkt. Anhörig/god man medverkar när den enskilde har svårt att föra sin egen talan. Kontaktpersonen ansvarar för att insatserna följs upp och dokumenterar avvikelser i Procapita.

Dokumentationsgranskning

15 slumpmässigt utvalda personakter i Procapita granskades. Daganteckningarna var utan anmärkning, utom för en boende som helt saknade daganteckningar. En fundering är hur rutinen för dokumentation är utformad, då några undersköterskor skriver "har fått insatser enligt genomförandeplanen". Eftersom denna anteckning förekommer endast vissa dagar, ser det ut som om den boende inte fått sina insatser de andra dagarna. Det skulle vara mer upplysande om anteckning gjordes då insatser inte getts och i så fall varför. Fyra boende saknade genomförandeplan, varav en hade en öppnad, men den var helt tom. Ingen av genomförandeplanerna hade upprättats inom 14 dagar. Kravet från beställaren är fyra veckor, men inte heller det kravet var uppfyllt. Det är förståeligt att boende som bott på Enebacken i många år inte fick en genomförandeplan på en gång, då kravet på genomförandeplan tillkommit under senare tid. I flertalet planer saknas information om hur den boendes behov av hår- och nagelvård ska tillgodoses. I åtta genomförandeplaner saknas uppgift om den enskilde varit delaktig. Sex planer är ofullständiga, mål för flera insatser saknas, vissa insatser är inte beskrivna. I granskningen finns en viss reservation för att undertecknade original av genomförandeplanerna kan finnas på biståndsenheten för inskanning i Procapita. Oavsett detta finns i procapitamallen en ruta för notering om den enskilde varit delaktig. Denna ska naturligtvis fyllas i. I avdelningsköken fanns vid tillsynen på insidan av skafferidörren gemensamma listor för olika vårdmoment hos de boende. En duschlista, en avföringslista och ibland en medicinlista. Sådan personlig information ska inte finnas i gemensamhetsutrymmen. Det är inte förenligt med respekt för den enskildes personliga integritet.

Systematiskt kvalitetsarbete

HSB Omsorg har ett omfattande kvalitetsledningssystem som uppfyller kraven i SOSFS 2011:9. Skriftliga rutiner finns hantering av fel och brister, Lex Sarah och synpunkter och klagomål. Information om hur man lämnar synpunkter/klagomål finns och en brevlåda för ändamålet finns vid varje hiss. Enebacken arbetar med kvalitetsutveckling genom lokalt kvalitetsråd, arbetsplatsträffar och avdelningsmöten, samt teammöten med kontaktperson, sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast.



Margot Franzén
Utredare



Birgitta Almén
MAS

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Enebackens äldreboende, den 14/5 2013

Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens/kommunens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASAR från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för omvårdnadsjournaler enligt "Modifierad Catch-changing framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA"

Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att tillse;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet¹
- att stadsdelens/kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård följs
- att lokala rutiner har upprättats för att säkra vården i det särskilda boendet

Metod

Kvalitetsinstrumentet QUSTA bygger på att all hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kunskap om de riktlinjer som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen/kommunen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. Det består av en del med frågor som regleras enligt förordningar och en del med frågor som berör vård och behandling. QUSTA ska fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen sker skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och verksamhetschef för att de ska svara på frågorna. MAS går sedan vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. Minst 15 % av omvårdnadsjournalerna granskas. Dokumentationsgranskningen redovisas som ett medelvärde. En granskad omvårdnadsjournal får maxpoängen 29 om texten är datorskriven eller 33 om dokumentationen är skriven för hand.

Kvalitetsinstrumentet revideras regelbundet, senast i februari 2011

Det är viktigt att kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling. Om verksamheten vid uppföljningen presenterar en kvalitet som överstiger den minimisatta nivån, lyfts detta speciellt fram i rapporten och finns det brister, anges dessa på en separat åtgärdsplan.

¹ SOSFS 2005:12 och Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Resultat av kvalitetsuppföljningen.

Första delen	Frågor som regleras från förordningar	Antal poäng	Poäng 2012	Max poäng
1	Kontakt med läkare +HSL-personal	20	20	20
2	Läkemedelshantering	20	20	20
3	Delegering	18	20	20
4	Avvikelsehantering	20	19	20
5	Medicintekniska produkter (MTP)	20	20	20
6	Hygien	17	16	20
Andra delen	Frågor som berör vård och behandling			
7	Vård i livets slutskede	20	19	20
8	Inkontinens	16	13	20
9	Trycksår	20	20	20
10	Nutrition	20	20	20
11	Fall- och fallskador	19	20	20
12	Demens	18	18	20
13	Rehabilitering	20	20	20
14	Mun- och tandhälsovård	20	20	20
Summa		268	265	280

1. Läkarkontakt.

Det ska på äldreboenden finnas riktlinjer för hur personalen ska kunna komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Riktlinjerna ska vara nedbrutna till lokala rutiner för enheten och de ska vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

2. Läkemedelshantering

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt, MAS riktlinjer och de lokala rutinerna kring detta måste vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen, eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

3. Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den utbildning som ges i samband med delegeringen ska följas av en skriftlig kunskapstest. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

Förbättringsåtgärd

Sjuksköterska delegerar till flera än 20 personer, målet är svårt att uppfylla då det arbetar 118 fast anställda och 65 vikarier på Enebacken

4. Avvikelse

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för risk och händelseanalys samt rutiner för avvikelshantering. Vid en risk för negativ händelse eller en negativ händelse ska alltid en åtgärd vidtas och händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter används på äldreboenden. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av sjukgymnaster, arbetsreapeuter eller sjuksköterska. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användaren och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat ska anges hur ofta översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

6. Hygien

Många av dem som bor på våra äldreboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är mycket viktigt att det finns möjlighet att tvätta händerna och att det finns tillgång till handsprit. Det ska också finnas tillgång till skyddsutrustning och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning ska inte samtidigt arbeta med de boende. Vid arbete i köket med mat/matlagning bör det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

Förbättringsåtgärd

Rekommendation att personalen går den webbaserade hygienutbildning som finns på Vårdhygiens hemsida. Det bör finnas tillgång till tvål, och pappershanddukar avsedd endast för personal i den enskildes lägenhet.

7. Vård i livets slutskede

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för vård i livets slutskede, läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, en vårdplanering ska göras dit berörda inbjuds att vara med. Av dokumentationen ska framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

8. Inkontinens

Många av dem som bor på äldreboenden har problem med inkontinens. Problemen kan vara olika stora. På varje äldreboende ska det finnas sjuksköterska med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan ska utreda problemen med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med personalen på enheten, allt för att kunna ge den bästa hjälpen till den boende. Allt ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Fler personer med symtom på inkontinens behöver utredas.

9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning enligt modifierad Nortonskala för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar vidtas preventiva åtgärder.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

10. Nutrition

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte vara mer än 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas. Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. BMI-värdet (Body Mass Index) bör mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

11. Fall och fallskador

Det förekommer att boende faller, ofta leder fallet inte till någon skada. Enheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska göras vid inflyttningen. Samtlig hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Sjukgymnast och arbetsterapeut ska utbilda omsorgspersonalen i det fallförebyggande arbetet. När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

12. Demens

På Enebackens äldreboende finns flera avdelning avsedd bara för personer med demensliknande symtom, sådana enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med personer med demensliknande symtom bör ha utbildning och kompetens inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm, GPS-larm, ordinerar. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut. Boende ska samtycka till eventuella skyddsåtgärder. Vid bedömning om skyddsåtgärd ska åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Rekommendation att sjuksköterskor har vidareutbildning i geriatrik/demens

13. Rehabilitering

En rehabjournal upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Boende som har behov av behandling av sjukgymnast eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel ska följas upp. Vid behov ska ADL-status utföras.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

14 Mun- och tandhälsovård

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhålans kondition. Denna bedömning är ett munstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta föda. Boende ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

Dokumentation

”Modifierad CAT-CH-ING framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA”

Granskningsmallen utgår från Primärvårds-VIPS (välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet). Vid granskning av journaler är det svårt att undvika subjektiva bedömningar. Därför bör enheters poäng framförallt jämföras med sina egna tidigare resultat. Granskningen av journalerna grundas på parametrarna ”mängd och standard”. Standarden mäts inte vid allmänna uppgifter och anamnes pga. att allmänna uppgifter endast kan dokumenteras på ett sätt och vid anamnes är det svårt att garantera att uppgiftstagaren fått fullständiga uppgifter från vårdtagaren/närstående.

Förbättringsåtgärd

Dokumentationsgranskning genomförs hösten 2013

Sammanfattning

Nedskrivna lokala rutiner finns inom alla områden. Rutiner finns för hur samarbetet med berörd läkarorganisation ska ske. Läkemedelshandlingen fungerar bra. Delegering, utbildning sker innan personal får sin delegering och uppföljning under tid. Rutiner för avvikelshantering finns. Enheten har rutiner för vården i livets slut Inga trycksår förekommer i dagsläget på enheten. För att förebygga fall arbetar sjukgymnast, sjuksköterska och omvårdnadspersonal i team. Personal har fått utbildning inom demensområdet. De vårdtagare som har behov av arbetsterapeutisk och sjukgymnastisk träning kan erbjudas detta enskilt och i grupp.

Enheten gör riskbedömningar i kvalitetsregistret Senior alert. Alla inträffade dödsfall registreras i Palliativa registret.

ÖSTERÅKERS KOMMUN
Socialförvaltningen
Margot Franzén
Birgitta Almén

2013-05-15

RAPPORT**Verksamhetsuppföljning av Vårdbo äldreboende 2013****Sammanfattning**

Verksamhetsuppföljningen genomfördes av MAS, medicinskt ansvarig sjuksköterska och extern utredare, inlånad från Vaxholms stad, under april månad 2013.

Vår samlade bedömning är att Vårdbo är ett väl fungerande boende. De boende får den vård och omsorg de behöver och vardagen har ett meningsfullt innehåll. Det finns stimulerande aktiviteter individuellt och i grupp. Personalen har ett professionellt förhållningssätt och ett mycket gott bemötande av de boende, de visar omtanke och tålamod. Som besökare bemöts man av vänlighet och hjälpsamhet. Den sociala dokumentationen är i stort sett bra, men kan ytterligare utvecklas så att alla genomförandeplanerna är fullständiga och upprättade inom föreskriven tid samt att värdeomdömen inte förekommer i daganteckningarna.

Vård- och omsorgsnämnden förväntar sig att det av Vårdbos kommande årsberättelser framgår hur man arbetat med utveckling av den sociala dokumentationen.

Metod

Utgångspunkten för verksamhetsuppföljningen var

- gällande lagstiftning
- Vård- och omsorgsnämndens mål och kvalitetskriterier
- Vård- och omsorgsnämndens riktlinjer för hälso- och sjukvården
- driftavtal för särskilt boende Vårdbo
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Verksamhetsuppföljningen bestod av:

- Intervju med enhetschef
- Intervju med omvårdnadspersonal
- Intervju med boende
- Observation av omvårdnadsarbetet
- Dokumentationsgranskning
- Kvalitetsmätning av hälso- och sjukvården med kvalitetsinstrumentet QUSTA

Strukturerade intervjuer har genomförts med enhetschef och personal. Inför chefsintervjun skickades frågeformulär ut för enhetschefen att besvara. Vid intervjun deltog även en av sjuksköterskorna. Omvårdnadspersonalen intervjuades i grupp om tre personer. Dessa hade valts ut av ansvarig för Vårdbo. Verksamheten observerades en dag mellan kl.8.00 -10.00. Besöket var oanmält. Några av de boende intervjuades med allmänna frågor. Vid granskning av den sociala dokumentationen studerades tio slumpmässigt utvalda personakter i verksamhetssystemet Procapita.

Beskrivning av boendet

Vårdbo äldreboende drivs på entreprenad av Attendo. I boendet finns 26 lägenheter fördelade på två våningsplan. Varje plan är indelat i två mindre enheter med vardera sex lägenheter. På entréplanet finns även en dagverksamhet som Attendo driver sedan 1 februari 2013. Vårdbo ligger centralt vid Järnvägsparken i Åkersberga centrum.

Boendet definieras som särskilt boende, vilket innebär att individuellt biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen fattas för var och en som tilldelas en plats och att kommunen har ansvaret för hälso-och sjukvården upp till och med sjuksköterskenivå. Landstinget ansvarar för läkarvården och har för Vårdbo träffat avtal med Legevisitten. I särskilt boende ska hemlik miljö och de boendes personliga integritet betonas. Institutionsprägel ska undvikas.

ANTAL BOENDE

Åldersgrupper	65-74	75-79	80-84	85-89	90-
Kvinnor	1	2	1	7	2
Män	2	2	1	4	2
Antal utlandsfödda	1	0	1	4	1
Antal utlandsfödda som inte kan tala och förstå svenska.	0	0	0	0	0

De utlandsfödda kommer från Finland, Ingermanland och Iran.

Lokaler

Lägenheterna är fullvärdiga bostäder som består av ett rum med trinettkök samt badrum. Två av lägenheterna är avsedda för korttidsvård. Dessa ska byggas om till fullvärdiga lägenheter för permanentboende och står därför för närvarande tomma. Förutom justerbar säng är lägenheterna omöblerade. Lägenhetsytan är ca 33 kvm. De flesta lägenheterna har egen balkong. Lägenhetsdörrarna ser som i vanliga flerfamiljshus, med brevinkast och titthål, vilket förstärker intrycket av ett eget hem och tar bort institutionskänslan. På varje enhet finns ett gemensamt kök och allrum. På bottenplan finns ett större gemensamhetsutrymme med inbjudande sittgrupper. Ytskikten är något slitna men för övrigt ger gemensamhetslokalerna ett välkomnande och trivsamt intryck. I ett av avdelningsköken fanns ett akvarium med fiskar att vila ögonen på. Ytterdörrarna är försedda med kodlås och koden finns synlig i anslutning till dörrarna. På baksidan av huset finns en solig uteplats och långsträckta balkonger finns på de andra två våningsplanen. Ändamålsenliga personalutrymmen med pausrum, vilrum och omklädningsrum finns på entréplan.

Verksamhetsinnehåll

Information om verksamheten

Information om Vårdbo äldreboende och om hur man ansöker finns på kommunens hemsida. Information finns också på Attendos hemsida.

Mål för verksamheten

- att stärka individen, vilket bland annat innefattar hög kundnöjdhet och medarbetare som trivs
- individanpassad äldreomsorg som möter morgondagens behov
- budget i balans och minskade energikostnader

Målen förankras hos personalen på arbetsplatsträffar och man arbetar med balanserade styrkort. Personalen känner till de lagar och förordningar som styr verksamheten.

Trygghet och säkerhet

Alla boende som vill ha och kan hantera trygghetslarm har det. Larmen besvaras och åtgärdas direkt. Samtliga boende har en kontaktman. Kontaktmännen hjälper 1-2 boende var. Skriftlig rutin för kontaktmännens ansvarsområde finns. Rutiner finns för inflyttning, hantering av den boendes egna medel, nyckelhantering, för akuta situationer. Brandutrymningsplan finns och all personal har gått /ska gå brandutbildning. Vid tillsynsbesöket hade all personal namnskylt.

Delaktighet, integritet

Vård-och omsorgsinsatserna för den enskilde planeras tillsammans med den enskilde och läkaren. Den som har minnessvårigheter får muntlig information utöver genomförandeplanen. Genom att genomförandeplanen följs, säkras att den boende får den vård och omsorg han/hon behöver. Den enskildes behov och önskemål avseende aktivitet och stimulans i vardagen fångas upp vid ankomstsamtal, enkäter, med frågor och avstämning. Den boende kan själv bestämma vad han/hon vill göra under dagen om det planeras i förväg, fira helger och födelsedagar som han/hon är van vid, följa med vid inköp, få hjälp av någon som läser för sig, få hjälp att komma ut och gå, få hjälp att lyssna på vald musik och delta i hushållsgöromål. Den boende kan välja tid för uppstigning och dusch och informeras om en planerad insats blir ändrad. Informations om dagens matsedel, aktivitet och tjänstgörande personal fanns på whiteboard i avdelningsköken. I möjligaste mån kan den boende bestämma tid för nattvila. Dagpersonalen hjälper till med förberedelser inför natten innan de går hem. För att säkerställa god munvård kommer tandhygienist för munhälsobedömning och undersökning. Enligt omvårdnadspersonalen använder nästan alla av de boende inkontinenshjälpmedel helt eller delvis. Att den boende får gå på toaletten när han/hon behöver, tillförsäkras genom att personalen är observanta, särskilt efter maten, före vila etc.

Aktiviteter

På Vårdbo finns enskilda aktiviteter och gruppaktiviteter. Vissa gruppaktiviteter såsom högläsning, dans, sittande gymnastik, besök av svenska kyrkan, inbjudna trubadurer, utflykter, bingo, matens dag och djurens dag är regelbundet återkommande. Man har även varit på dagskryssning till Åland. Aktiviteter som riktar sig särskilt till kvinnor är vinprovning och till män ölprovning. Anhöriga bjuds in till gemensam fikastund en gång i månaden. Information om kommande aktiviteter finns på anslagstavlor. Anhöriginformation finns på separata anslagstavlor. Vårdbo har kontakt med Lions, PRO(pensionärernas riksorganisation) och kyrkan som tillför stimulerande innehåll i vardagen för de boende.

Enskilda aktiviteter

De boendes enskilda aktiviteter noteras i genomförandeplanen. Enskilda aktiviteter kan vara att läsa, titta på TV, samtal, promenader, korsord, sudoku och handarbete.

Måltider

Lunch och middag kommer färdiglagad och vacuumförpackad en gång i veckan från Dafgård. Eventuell specialkost kommer fryst. Sallad, ris och potatis tillagas på respektive enhet. Frukost och mellanmål bereds också på enheterna.

Tidpunkter för måltider är:

Frukost kl.7-9.30

Lunch kl.11.30

Mellanmål kl.13.30-14.00

Middag kl. 16.30

Kvällsmål kl. 18-19.00

Däremellan kan den som så önskar eller behöver få extra mellanmål. Nattmål erbjuds den som är vaken på natten. Att inte nattfastan blir för lång kontrolleras på individnivå. De boende har inflytande vad gäller mat och måltider genom representation i kostrådet, med en boende från varje våningsplan och genom att man frågar efter varje boendes synpunkter och önskemål. Personalen sitter med vid måltiderna, men äter inte tillsammans med de boende. Den boende har möjlighet att själv välja tidpunkt för måltiderna, välja att äta enskilt eller tillsammans med de andra och att ha gäster vid måltiderna. Det finns *inte* olika rätter att välja mellan. Att maten är näringsriktigt sammansatt säkerställs i samarbete med Dafgård och kontakt med Attendos dietist. Rutiner finns för att uppmärksamma undernäring/felnäring, för livsmedelshygien och för att erbjuda den enskilde en god måltidsmiljö. En undersköterska är måltidsvärd i kostgruppen.

Intervju med boende

Vid intervjuer med några av de boende framkom att de var mycket nöjda. Personalen är hjälpsamma och trevliga. ”Det känns tryggt och man blir väl omskött, men dom dammar aldrig och dammsuger bara var fjortonde dag”. En person menade att det kan bli lite långsamt, då det är svårt att kommunicera med de andra boende. Många har afasi, har svårt att höra eller är demenssjuka. En boende var mycket kritisk till maten som serveras.

Personal

<i>Personalstat</i>	Årsarbetare	Antal personer
Undersköterska, usk / vårdbiträde, vbtr	18,82	25
Sjuksköterska dag/kväll	2,96	3
Sjuksköterska natt	mobilt team, inställetid 30 min	
Arbetsterapeut/ Sjukgymnast	0,5	2
Altivitetsbiträde	0,5	1
Enhetschef	0,8	1
Samordnare	0,35	1
Timanställda		15

Bemanning

Dagtid arbetar 6 usk/vbtr, kvällar arbetar 5 usk/vbtr. Natttid arbetar 2 usk/vbtr. En sjuksköterska finns på Vårdbo alla dagar kl.07.00- 21.30. Natttid anlitas joursjuksköterska via mobilt team. Inställetid är 30 min. Enhetschefen är fyra dagar av fem på Vårdbo. En dag i veckan är enhetschefen på ett annat boende. Enhetschefen anser att boendet har den bemanning som krävs för att ge god vård och omsorg och påpekar att bemanningen överstiger vad som preciserats i avtalet med kommunen. Personalen anser också att bemanningen är tillräcklig, men att ”man vill väl alltid ha mer.” På frågan vad omvårdnadspersonalen är särskilt stolta över framhölls de mycket uppskattade aktiviteterna och all duktig personal. Alla trivs bra och personalomsättningen är låg. Utvecklingsområden ansåg de var kompetensutveckling, särskilt mer utbildning vad gäller förhållningssätt vid aggressivitet, samt valfrihet rörande maten. Arbetsplatsträffar hålls en gång i månaden. Utvecklingssamtal genomförs en gång per år.

Personalomsättning

2 av 30 har slutat under senaste året.

Sjukfrånvaro

Korttidsfrånvaron var 4,2 %, långtidsfrånvaron 2,42 %.

Kompetens

Av omvårdnadspersonalen har 16 anställda undersköterskekompetens, 9 har vårdbiträdesutbildning. All personal har tillräckliga kunskaper för att uttrycka sig skriftligt och muntligt på svenska språket. De tre som deltog i gruppintervjun, var alla undersköterskor. Två hade arbetat på Vårdbo sedan 1995, en i ett och ett halvt år. Enhetschefen är sjuksköterska med åtta års chefsfarenhet.

Kompetensutveckling

Individuella kompetensutvecklingsplaner finns, men ingen samlad för enheten. Fortbildning som planeras det närmsta året är ergonomi, hygien, brand, arbetsmiljö, validering, nätverk, kvalitet, dokumentation, handledning och sjuksköterskedagar. Extern handledning ges vid behov. En gång i veckan har man spegling, då man ser tillbaka på den gångna veckan och diskuterar eventuella svårigheter och problem.

Introduktion av nyanställda

Skriftlig introduktionsplan och checklista finns, nyanställda går dubbelt 2-4 arbetspass med en van kollega. Information lämnas om tystnadsplikt, gåvor, klagomålshantering, rutiner vid akuta situationer och Lex Sarah.

Samverkan

Skriftliga rutiner finns för informationsöverföring mellan, dag-, kvälls- och nattpersonal. Schemalagd tid finns för överrapportering mellan arbetspassen. Sjuksköterskorna går varje morgon igenom dagsplaneringen. Rutiner för informationsöverföring mellan hemtjänst och boende, vid flytt till annan boendeenhet och till akutsjukvården finns, sjuksköterskorna sköter detta. Överlämning av beställning från biståndshandläggarna sker via datasystemet Procapita och via telefonkontakt. Sjuksköterskorna tar emot beställningen och informerar sedan övrig personal. Kontaktpersonerna deltar i vårdplaneringar, men har för övrigt ingen kontakt med biståndshandläggarna.

Social dokumentation

Skriftliga rutiner finns för social dokumentation. Dokumentationen förvaras i Procapita datajournal och i låst skåp med en pärm för varje boende. Alla boende, har enligt enhetschefen, en aktuell genomförandeplan. Kontaktpersonen ansvarar för upprättandet av genomförandeplanen och den boende är delaktig. Information hämtas även vid välkomstsamtal och vårdplanering. Anhörig/ god man medverkar när den enskilde har svårt att föra sin egen talan. Kontaktpersonen ansvarar för att insatserna följs upp och dokumenterar avvikelser i Procapita.

Dokumentationsgranskning

Tio slumpmässigt utvalda personakter i Procapita granskades. Daganteckningarna var utan anmärkning, utom i två fall där det fanns irrelevanta värdeomdömen om de boende. En fundering är hur rutinen för dokumentation är utformad, då några undersköterskor skriver "har fått insatser enligt genomförandeplanen". Eftersom denna anteckning förekommer endast vissa dagar, ser det ut som om den boende inte fått sina insatser de andra dagarna. Det skulle

vara mer upplysande om anteckning gjordes då insatser inte getts och i så fall varför. I alla tio akterna fanns en aktuell genomförandeplan. Ingen av planerna var upprättad inom föreskriven tid (fyra veckor). Tre av planerna var ofullständiga, då mål för en eller flera insatser saknades. I ett fall saknades flera insatser. I flertalet planer saknas information om hur den boendes behov av hår-och nagelvård ska tillgodoses.

En skrivhörna, där personalen dokumenterar finns på varje våningsplan. Skrivplatsen var i ordning och all personlig dokumentation var noggrant inlåst.

Systematiskt kvalitetsarbete

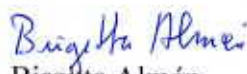
Attendo har ett omfattande kvalitetsledningssystem som uppfyller kraven i SOSFS 2011:9.

Skriftliga rutiner finns för rapportering och hantering av fel och brister, Lex Sarah och synpunkter och klagomål. Vårdbo arbetar med kvalitetsutveckling genom balanserat styrkort med kvalitetsutveckling, aktiviteter som följs upp, riskbedömningar, projekt LCP Liverpool care pathway, en vårdmodell för vård i livets slutskede, Palliativa registret, Senior Alert.

Det finns en kvalitetssamordnare som går igenom avvikelser.



Margot Franzén
Utredare



Birgitta Almén
MAS

Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) kvalitetsuppföljning och granskning av den kommunala hälso- och sjukvården på Vårdbo äldreboende den 3/5 2013

Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom stadsdelsförvaltningens/kommunens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) framtaget av MASAR från tio olika kommuner. I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för omvårdnadsjournaler enligt "Modifierad Catch-ch-Ing framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA"

Syfte

Syftet med kvalitetsuppföljningen är att tillse;

- att vårdtagarna får en god och säker vård och som håller hög kvalitet¹
- att stadsdelens/kommunens riktlinjer för hälso- och sjukvård följs
- att lokala rutiner har upprättats för att säkra vården i det särskilda boendet

Metod

Kvalitetsinstrumentet QUSTA bygger på att all hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kunskap om de riktlinjer som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården i stadsdelen/kommunen. Instrumentet omfattar kvalitetsfrågor rörande vissa utvalda delar i den kommunala hälso- och sjukvården. Det består av en del med frågor som regleras enligt förordningar och en del med frågor som berör vård och behandling. QUSTA ska fastställa en gräns för vad som är godkänd kvalitetsnivå.

Innan den personliga uppföljningen sker skickas kvalitetsinstrumentet till sjuksköterska/or, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och verksamhetschef för att de ska svara på frågorna. MAS går sedan vid uppföljningen igenom materialet med berörda, granskar dokumentationen och besöker verksamheten. Varje granskat område förutom dokumentationen poängsätts till max 20 poäng, totalt 280 poäng. Minst 15 % av omvårdnadsjournalerna granskas. Dokumentationsgranskningen redovisas som ett medelvärde. En granskad omvårdnadsjournal får maxpoängen 29 om texten är datorskriven eller 33 om dokumentationen är skriven för hand.

Kvalitetsinstrumentet revideras regelbundet, senast i februari 2011

Det är viktigt att kvalitetsuppföljningar stimulerar verksamheterna till ständig förbättring och vidareutveckling. Om verksamheten vid uppföljningen presenterar en kvalitet som överstiger den minimisatta nivån, lyfts detta speciellt fram i rapporten och finns det brister, anges dessa på en separat åtgärdsplan.

¹ SOSFS 2005:12 och Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Resultat av kvalitetsuppföljningen.

Första delen	Frågor som regleras enligt förordningar	Antal poäng	Poäng 2012	Max poäng
1	Kontakt med läkare+ HSL-personal	20	20	20
2	Läkemedelshantering	20	20	20
3	Delegering	20	20	20
4	Avvikelsehantering	18	20	20
5	Medicintekniska produkter (MTP)	20	20	20
6	Hygien	19	16	20
Andra delen	Frågor som berör vård- och behandling			
7	Vård i livets slut	19	20	20
8	Inkontinens	18	18	20
9	Trycksår	20	20	20
10	Nutrition	20	20	20
11	Fall och fallskador	20	20	20
12	Demens	19	19	20
13	Rehabilitering	20	20	20
14	Mun- och tandhälsovård	18	20	20
Summa		271	272	280

1. Läkarkontakt.

Det ska på äldreboenden finnas riktlinjer för hur personalen ska kunna komma i kontakt med läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Riktlinjerna ska vara nedbrutna till lokala rutiner för enheten och de ska vara kända av all berörd personal. Listor med telefonnummer till aktuella läkare ska regelbundet uppdateras. Kopior på aktuella avtal rörande läkarinsatserna ska finnas.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

2. Läkemedelshantering

Att läkemedelshantering sköts korrekt är mycket viktigt, MAS riktlinjer och de lokala rutinerna kring detta måste vara kända av all berörd personal. En extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen, eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel som iordningställande, överlämnande mm ska dokumenteras.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

3. Delegering

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den utbildning som ges i samband med delegeringen ska följas av en skriftlig kunskapstest. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, därför bör sjuksköterskan inte ansvara för fler än tjugo delegeringar.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

4. Avvikelse

På alla äldreboenden ska det finnas ett kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården. Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för risk och händelseanalys samt rutiner för avvikelshantering. Vid en risk för negativ händelse eller en negativ händelse ska alltid en åtgärd vidtas och händelsen och åtgärden ska återkopplas till personalen.

Förbättringsåtgärd

Rutiner för uppföljning och återkoppling av avvikelser behöver förbättras.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter används på äldreboenden. Dessa ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av sjukgymnaster, arbetsreapeuter eller sjuksköterska. Övrig personal ska utbildas och instrueras i hur produkterna används. Det ska finnas bruksanvisningar på svenska tillgängliga för användaren och kontroll ska ske regelbundet av formellt tekniskt utbildad personal. En inventarielista bör finnas där det bland annat ska anges hur ofta översyn/kontroll ska ske för att produkten ska vara säker.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

6. Hygien

Många av dem som bor på våra äldreboende behöver hjälp med omvårdnad och personlig hygien. Personalen arbetar tätt intill den boende. Det är mycket viktigt att det finns möjlighet att tvätta händerna och att det finns tillgång till handsprit. Det ska också finnas tillgång till skyddsutrustning och handskar. Personal som arbetar i köket med matlagning ska inte samtidigt arbeta med de boende. Vid arbete i köket med mat/matlagning bör det finnas köksförkläden som personalen ska använda.

Förbättringsåtgärd

Rekommendation att personal går den webbaserade hygienutbildningen som finns på Vårdhygiens hemsida.

7. Vård i livets slutskede

Att vårda en människa i livets slut är en mycket viktig uppgift på ett äldreboende. Det ska finnas skriftliga lokala rutiner för vård i livets slutskede, läkemedel ska kunna ges inom en viss tid och det ska finnas möjlighet att ha extra personal när det behövs. Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, en vårdplanering ska göras dit berörda inbjuds att vara med. Av dokumentationen ska framgå att det är vård i livets slutskede. Den boendes etniska och religiösa tillhörighet ska beaktas.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

8. Inkontinens

Många av dem som bor på äldreboenden har problem med inkontinens. Problemen kan vara olika stora. På varje äldreboende ska det finnas sjuksköterska med utbildning för att förskriva inkontinenshjälpmedel. Sjuksköterskan ska utreda problemen med inkontinens, förskriva rätt hjälpmedel och samarbeta med personalen på enheten, allt för att kunna ge den bästa hjälpen till den boende. Allt ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Rekommendation att fler sjuksköterskor får utbildning i förskrivningsrätt.

9. Trycksår

Det finns flera orsaker till att trycksår uppkommer, lågt näringsintag, sämre cirkulation i blodkärlen och oförmåga att ändra läge på kroppen bland annat. För att förhindra att trycksår uppkommer ska sjuksköterskan göra en riskbedömning enligt modifierad Nortonskala för att se om det föreligger risk för trycksår. Riskbedömningen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen, och utifrån vad den visar vidtas preventiva åtgärder.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

10. Nutrition

Kosten som serveras på äldreboenden ska vara anpassad efter de näringsbehov som de äldre har. Nattfastan ska inte vara mer än 11 timmar. Livsmedelsverket har skrivit riktlinjer för planering av måltidssammansättning, vilka bör följas. Sjuksköterskan ska göra en

riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) av eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med tänderna o s v. BMI-värdet (Body Mass Index) bör mätas vid inflyttning och sedan följas regelbundet. Alla problem med nutritionen ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

11. Fall och fallskador

Det förekommer att boende faller, ofta leder fallet inte till någon skada. Enheten bör ha skriftliga rutiner för att förebygga fall och fallskador. En riskbedömning enligt Downton fallrisk index ska göras vid inflyttningen. Samtlig hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal ska vara involverade i det fallförebyggande arbetet. Sjukgymnast och arbetsterapeut ska utbilda omsorgspersonalen i det fallförebyggande arbetet. När en boende med demenshandikapp faller ska sjuksköterskan ta kontakt med läkare. Fallen ska analyseras och analyser, riskbedömning och åtgärder ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven.

12. Demens

På Vårdbo -boende finns en avdelning avsedd bara för personer med demensliknande symtom, sådana enheter bör inte ha fler än nio boende. Personalen som arbetar med personer med demensliknande symtom bör ha utbildning och kompetens inom demensområdet och det bör finnas tillgång till handledning och kontinuerlig fortbildning. Det ska finnas rutiner för hur individuella demenslarm, GPS-larm, ordinerar. Det ska finnas möjlighet att passera ut genom ytterdörren, men man får försvåra för de boende att ta sig ut. Boende ska samtycka till eventuella skyddsåtgärder. Vid bedömning om skyddsåtgärd ska åtgärder, uppföljning och resultat dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förbättringsåtgärd

Rekommendation att sjuksköterskor har vidareutbildning inom områden demens/geriatrik eller öppen hälso- och sjukvård.

13. Rehabilitering

En rehabjournal upprättas vid inflyttning. Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även sjukgymnast och/eller arbetsterapeut delta. Boende som har behov av behandling av sjukgymnast eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Hjälpmedel ska utprovas och förskrivas individuellt av sjukgymnast eller arbetsterapeut, användningen av hjälpmedel ska följas upp. Vid behov ska ADL-status utföras.

Förbättringsåtgärd

Uppfyller kraven

14 Mun- och tandhälsovård

Sjuksköterskan ska vid inflyttning bedöma munhålans kondition. Denna bedömning är ett munstatus och ska dokumenteras i journalen. Problem i munnen kan ha betydelse för boendes välbefinnande. En god munhygien är viktig för att förebygga sjukdomar och för att kunna inta

föda. Boende ska erbjudas munhälsobedömning årligen och omvårdnadspersonalen ska följa de råd som tandhygienisten ger.

Förbättringsåtgärd

Rekommendation att använda munbedömningsinstrument vid bedömning av munstatus.

Dokumentation

”Modifierad CAT-CH-ING framtaget för dokumentationsgranskning enligt QUSTA”

Granskningsmallen utgår från Primärvårds-VIPS (välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet). Vid granskning av journaler är det svårt att undvika subjektiva bedömningar. Därför bör enheters poäng framförallt jämföras med sina egna tidigare resultat. Granskningen av journalerna grundas på parametrarna ”mängd och standard”. Standarden mäts inte vid allmänna uppgifter och anamnes pga. att allmänna uppgifter endast kan dokumenteras på ett sätt och vid anamnes är det svårt att garantera att uppgiftstagaren fått fullständiga uppgifter från vårdtagaren/närstående.

Förbättringsåtgärd

Dokumentationsgranskning kommer att ske hösten 2013

Sammanfattning

Rutiner finns inom alla områden. Rutiner finns för hur samarbetet med berörd läkarorganisation ska ske. Läkemedelshanteringen fungerar, extern granskning görs en gång per år. Delegering, utbildning sker innan personal får sin delegering och uppföljning under tid. Hantering av avvikelser behöver förbättras, förbättringsåtgärder diskuterades vid uppföljningsmötet. Fallförebyggande arbete görs på enheten. LCP- metoden används för att förbättra vården i livets slut. Rutiner för att förebygga trycksår och undernäring finns. Arbetsterapeut och sjukgymnast kan erbjuda träning individuellt och i grupp. Personal får handledning i ett rehabiliterande arbetssätt. Alla inträffade dödsfall registreras i Palliativa registret. På grund av personalförändringar har arbetet med kvalitetsregistret Senior alert inte fungerat under våren men kommer att återupptas igen.

7.

**Fördjupad granskning av LSS-
verksamheten Sågen daglig verksamhet**

Socialförvaltningen
Sara Eriksson

Tjänsteutlåtande

2013-05-13

Dnr VON 2012/0051-791

Till Vård- och omsorgsnämnden

**Fördjupad granskning av LSS-verksamheten Sågen
daglig verksamhet****Förslag till beslut****Vård- och omsorgsnämnden beslutar att**

godkänna föreliggande rapporter

Redogörelse för ärendet

Vård- och omsorgsnämnden följer löpande upp verksamheter genom fördjupade granskningar. Sakkunnig inom funktionshinder och medicinskt ansvarig sjuksköterska har genomfört granskning på Sågen daglig verksamhet i april 2013.

Sågen daglig verksamhet drivs av Produktionsstyrelsen på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Bilagor

Bilaga 1 Granskning av Sågen daglig verksamhet (LSS)

Bilaga 2 Granskning av hälso- och sjukvårdsrutiner på Sågen daglig verksamhet

Beslut bör delges

Produktionsstyrelsen



Birgitta Almén

Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Sara Eriksson

Sakkunnig funktionshinder

Granskning av Sågen daglig verksamhet (LSS)

Verksamhet: Sågen daglig verksamhet, Sågvägen 38E Åkersberga
Huvudman: Österåkers kommun

Sammanfattning

Verksamheten som bedrivs vid Sågen daglig verksamhet uppfyller till stor del de krav som ställs enligt gällande lagstiftning. Deltagarna får sina behov av en meningsfull tillvaro tillgodosedda vid verksamheten och personalen vet vad som är mål och syfte med insatsen.

Det finns några områden där förbättringar behöver genomföras. Dessa redovisas löpande i rapporten men är inte så allvarliga att en särskild återrapportering behöver göras. Uppföljning sker vid nästa ordinarie uppföljningstillfälle.

Bakgrund, syfte och metod

Produktionsstyrelsen i Österåkers kommun bedriver daglig verksamhet enligt LSS på Sågen. Genom innehållet i lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och tillhörande föreskrifter ges förutsättningar för vad daglig verksamhet enligt 9.10 § LSS ska innehålla. Genom att Vård- och omsorgsnämnden valt att införa ett valfrihetssystem enligt lag om valfrihetssystem (LOV) inom daglig verksamhet, finns ett förfrågningsunderlag som reglerar nämndens kvalitetskrav mm.

Vård- och omsorgsnämnden följer upp verksamheten genom granskning som genomförs av sakkunnig inom funktionshinder på socialförvaltningen. Verksamheter i kommunal regi och enskilda verksamheter med avtal enligt LOV eller entreprenadavtal enligt LOU följs upp på lika villkor. Medicinskt ansvarig sjuksköterska granskar delar av verksamheten som rör hälso- och sjukvårdslagen.

Denna granskning har genomförts genom

- frågeformulär som fylldes i av enhetschef (2013-04-24)
- intervju med enhetschefen (2013-04-26)
- intervju med personal (2013-04-26)
- granskning av rutiner och dokumentation på enheten
- genomgång av enhetens lokal

Granskningen och denna rapport är strukturerad liknande upplägget i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ”Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS” (SOSFS 2006:11). En ny föreskrift om ledningssystem för kvalitet (SOSFS 2011:9) gäller från den 1 januari 2012. Vård- och omsorgsnämnden har antagit ett kvalitetsledningssystem enligt föreskriften och det pågår arbete med att upprätta rutiner enligt det nya ledningssystemet. Verksamheten följs därför upp enligt det äldre systemet.

Beskrivning av verksamheten

Sågen daglig verksamhet ligger på Sågvägen i ett industriområde i Åkersberga, ca 1,5 km från centrum. Verksamheten finns i ett hus med två plan. På undervåningen finns grupprum, allmänna ytor och matrum, och på övervåningen ett så kallat händelserike. Utrymmena är handikappanpassade. Det finns en trädgård i anslutning till huset.

De personer som efter biståndsbeslut besöker Sågen kallas nedan i rapporten för deltagare.

Verksamheten har i dagsläget 32 deltagare. Antalet deltagare varierar och det finns kapacitet i lokalerna för fler deltagare. Målgruppen är bred, verksamheten tar emot personer med multihandikapp men också med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Aktiviteterna anpassas efter behov och kan bland annat bestå av att baka i grupp, utöva sång och musik, massage, sensoriska aktiviteter med mera. Händelseriket är till för att stimulera sinnen oavsett funktionsnivå, och innehåller så kallade multisensoriska rum, bland annat bollhav, vitt rum och svart rum, musikbädd och massagerum.

Verksamheten är öppen helgfria vardagar året runt. Öppettiderna varierar med efterfrågan, men organiserad verksamhet sker oftast mellan 8.30 och 15.30. Det händer att deltagare är på plats både tidigare och senare än så. Lunch lagas i verksamheten av en kock. Man fikar på förmiddagen och eftermiddagen.

Sågens målgrupp är personer med funktionshinder som har beslut om insatsen daglig verksamhet enligt LSS § 9.9. I och med verksamhetens storlek genomförs aktiviteter efter behov i mindre grupper.

Sågens mål är

"Sågen ska utifrån varje individs förutsättningar och intressen skapa en meningsfull dag med möjlighet till utveckling, självständighet och socialt samspel med andra.

På Sågen ska alla personer bli sedda — förstådda - behövda."

I kommunen finns flera dagliga verksamheter, Produktionsstyrelsen driver samtliga. Det råder valfrihet för den enskilde, och det är Produktionsstyrelsen som planerar verksamheter, och som bestämmer vilka lokaler som ska användas.

Resultat av granskningen

1. Lokaler

Verksamheten finns i relativt sett stora lokaler. Personalen upplever att det finns mycket plats för att utföra de aktiviteter som planeras. Det finns utrymmen för deltagarna att vila och att vara ensamma när det behövs. Många av deltagarna har fysiska funktionsnedsättningar och relativt sett stora och skrymmande hjälpmedel.

Lokalerna är helt handikappanpassade. Det finns ett kök där mat lagas i verksamheten.

Trädgården nyttjas på sommarhalvåret för odlingar som aktivitet, och utevistelse. Det händelserike som finns nyttjas av verksamheten men hyrs och lånas också ut till andra verksamheter.

2. Deltagare

På Sågen går i dagsläget 32 deltagare. Antalet varierar och det finns möjlighet att ta emot fler. Under de senaste åren har antalet deltagare minskat. En förklaring är att deltagare med stora funktionsnedsättningar i större utsträckning nu än tidigare har tillgång till andra dagliga verksamheter. Många av deltagarna, cirka hälften, har personliga assistenter med sig.

Alla deltagare har en kontaktperson utsedd i personalgruppen. Om deltagaren skulle vilja få den byta kontaktperson, men personalen uppger att de aldrig har fått det önskemålet. Det finns mycket hjälpmedel i verksamheten, både personliga och arbetstekniska.

Lunch lagas av en kock i verksamheten. Den äts gemensamt i en matsal. Den som vill tar med sig matlåda, det finns flera mikrovågsugnar. Det är vanligt att det finns behov av specialkost. Detta får personalen information om t ex via boendepersonal, personliga assistenter eller deltagaren själv.

Ett fokus i verksamheten finns på friskvård. Man har övningar och aktiviteter som är specifikt riktade till att deltagarna ska röra på sig enligt sin förmåga. Dessutom är det vanligt med personligt utformade och ordinerade träningsprogram. Att det finns en arbetsterapeut i verksamheten bidrar till att det finns ett habiliterande inslag. Alla aktiviteter/gruppaktiviteter finns dokumenterade, där framgår det vad syftet är, vad som ska uppnås, och hur de ska utföras.

Verksamheten är öppen året om, men viss neddragning i aktiviteter sker på sommaren då många deltagare tar ledigt.

Det finns en trädgård bredvid verksamheten. Där odlas kryddor och blommor och andra växter. Trädgården används dels som aktivitet och för utevistelse, dels som stimulering av sinnen såsom lukt och smak.

Personalen uppger att de har mycket kontakt med boendepersonal, personliga assistenter, och anhöriga där det finns. Många av deltagarna har inget eget tal, men andra kommunikationssätt används. Verksamheten gör dock ingen strukturerad nöjdhetsundersökning.

Förbättringsmöjligheter, deltagare:

- *Nöjdhet.* Verksamheten ska på ett systematiskt sätt ta reda på vad deltagarna tycker om verksamheten och vad det finns för förbättringsförslag. Resultatet ska sedan användas i verksamhetens förbättringsarbete.

3. Personal

På Sågen arbetar 15 personal. Det är en stabil personalgrupp, få nyrekryteringar har gjorts under de senaste åren. Orsaken till det är att personalgruppen har minskats i och med att det är färre deltagare nu än tidigare och relativt sett fler deltagare har personlig assistans. Det finns flera deltagare som har gått på Sågen i tioålet år men som nu har ansökt om och fått personlig assistans.

Man använder få vikarier. Personalen upplever det svårt att hålla vikarier uppdaterade med hur man på rätt sätt arbetar med aktiviteter, om man är i verksamheten sällan. Därför väljer personalgruppen ofta att istället planera om sina scheman de dagar som någon är frånvarande för att de ska hinna genomföra aktiviteter som planerat.

Personalen upplever att det finns gott om tid för reflektion och planering av verksamheten, t ex varje morgon innan deltagarna anländer. Det sker få chefsledda möten. Även dokumentation hinner personalen sköta. Man har fått bärbara datorer som man ska dokumentera på. Personalen får gå den utbildning som de behöver. Exempel på personalens grundutbildning är undersköterska, barnskötare och lärare.

Rutiner som rör personal och arbetsmiljö finns i enlighet med produktionsförvaltningens mallar och pärmar. Personalen vet vart de finns och vid vilka tillfällen de ska användas.

Det finns ingen samordnarfunktion. Enhetschefen har ansvar för Sågen och ytterligare två dagliga verksamheter och en LSS-bostad och är därför inte på plats varje dag. Personalen upplever att de får kontakt med chefen när de behöver det, men att de sköter den dagliga planeringen själva. Administrativa uppgifter är fördelade till olika personer i personalgruppen. Enhetschefen har inte högskoleutbildning.

4. Samverkan och samarbete

Personalen planerar och utformar verksamheten utifrån deltagarnas behov. Det sker få kontakter med LSS-handläggarna. Personalen önskar att LSS-handläggarna genomförde fler individuella uppföljningar vilka kan tjäna som utvärdering av verksamhetens arbete med att uppfylla syftet med att anordna en meningsfull vardag för deltagarna.

Personalen har mycket kontakt med boendena där deltagarna bor, detta för att försäkra sig om att information som behövs för båda parter delas. Då det är vanligt att deltagarna har personlig assistans sker också mycket kommunikation med assistenterna. Personalen upplever att närvaron av de personliga

assistenterna påverkar verksamheten, ibland i negativ bemärkelse. Rent fysiskt är det många människor som ska få plats på samma yta, och som också ska delta i gruppaktiviteter. Det är stor personalomsättning hos många assistansbolag vilket försvårar informationslämnande och kan orsaka brister i tryggheten hos deltagarna på grund av låg kontinuitet. Personalen upplever att assistenterna inte alltid förstår syftet med aktiviteterna vilket leder till att de blir uttråkade. Det är ovanligt att de personliga assistenterna har utbildning inom omvårdnad och pedagogik.

Förbättringsmöjligheter, samverkan och samarbete:

- *Samarbete med personliga assistenter.* Verksamheten behöver samarbeta med assistansbolagen för att göra assistenternas närvaro i verksamheten bättre, likaså ha interna strategier för hur aktiviteter kan anpassas så att de fungerar när deltagaren har assistent med sig.

5. Uppföljning och utvärdering av verksamheten

Personalen arbetar kontinuerligt med utveckling av verksamheten och dess innehåll. Man utvärderar aktiviteter och den sysselsättning som finns på sina morgonmöten. Aktiviteterna finns dokumenterade.

Ingen systematisk dokumentation av förbättringsarbetet sker. Inte heller dokumenteras om verksamheten genomför någon typ av egenkontroll för att säkerställa kvaliteten.

Skriftlig verksamhetsplan och verksamhetsberättelse finns. Man arbetar aktivt med att upprätta och förbättra genomförandeplanerna, ett mål som finns i verksamhetsplanen.

En inriktning i utvecklingsarbetet är att göra utbudet i verksamheten tilltalande även för andra målgrupper än för de med stora både kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar. Man tror i verksamheten att aktiviteterna och utbudet skulle vara bra även för många andra, men att de inte väljer Sågen på grund av att verksamheten har varit riktad till en specifik och smal målgrupp.

Förbättringsmöjligheter, uppföljning och utvärdering:

- *Dokumentation av förbättringsarbete.* Trots att verksamheten upplever att man arbetar med ständiga förbättringar dokumenteras detta inte. Denna dokumentation ska ske för att man ska kunna följa verksamhetens utveckling. Detta kan göras på olika sätt, t ex i samband med verksamhetsberättelse eller i ett särskilt kvalitetsdokument.

6. Fel & brister och synpunkter & klagomål

Rutiner för rapportering av missförhållanden (lex Sarah) och för synpunkter och klagomål finns. Ingen lex Sarah har gjorts i verksamheten under det senaste året. Personalen hanterar synpunkter från anhängiga och deltagare kontinuerligt, men detta dokumenteras inte på de avsedda blanketterna.

Förbättringsmöjligheter, fel & brister och synpunkter & klagomål:

- *Rutiner för Lex Sarah och synpunkter/ klagomål.* Rutinerna finns men används inte. Återkommande repetition och genomgång av syftet ska genomföras. Det ska framgå att systemen används för det systematiska förbättringsarbetet. Man kan använda blanketterna för att dokumentera de förbättringar som redan genomförs.

7. Dokumentation

Samtliga deltagare har någon form av genomförandeplan. I vissa fall är den dock inte uppdaterad. Vissa finns i verksamhetssystemet Procapita. Alla deltagare har en eller två pärmar med information och genomförandeplaner. Där finns även aktiviteter beskrivna i detalj, inklusive syfte och mål med aktiviteter. Anhöriga bjuds in att delta i upprättandet av genomförandeplanen. Även deltagaren kan delta enligt sin förmåga.

De genomförandeplaner som finns och som är nyligen upprättade håller relativt sett god kvalitet. Löpande anteckningar förs dels i pappersform och dels i Procapita.

Förbättringsmöjligheter, dokumentation:

- *Genomförandeplaner.* Alla deltagare ska ha upprättade och aktuella genomförandeplaner. Deltagarna och deras anhöriga ska informeras om att de har rätt att läsa den dokumentation som förs om dem.

Granskning av hälso- och sjukvårdsrutiner på Sågen daglig verksamhet den 26/4 2013

Bakgrund

Stockholms läns landsting ansvarar för den hälso- och sjukvård som förekommer på gruppboenden, serviceboende och dagliga verksamheter.

De uppgifter som fullgörs av medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen ska även omfatta dagliga verksamheter, och det innebär att *Riktlinjer för hälso- och sjukvård i Österåkers kommun* skall följas i denna verksamhet.

Metod

Ett frågeformulär med frågor om hälso- och sjukvård skickas till enheten och en tid bokas för uppföljningsmöte.

Vid uppföljningsmötet medverkade enhetschef, två av personalen, sakkunnig funktionshinder och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Organisation och samarbete

Riktlinjer för hälso- och sjukvård i Österåker finns på enheten och är kända av berörd personal. Samarbetet med berörd husläkarmottagning fungerar bra.

Distriktssköterska från berörd husläkarmottagning delegerar till personal på enheten. Rutiner för hur personal kontaktar hälso- och sjukvården finns.

Läkemedelshantering

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården skall följas.

Läkemedel förvaras inlåst i ett skåp tillsammans med läkemedelslista. Endast läkemedel förvaras i detta skåp.

Dokumentation

Eventuell dokumentation skrivs i Procapita.

Delegering

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter skall följas. Inom verksamheten delegerar personal som arbetar under annan huvudman till personal som arbetar i kommunen. Det innebär att arbetsledningen hos respektive huvudman ska samarbeta. Hälso- och sjukvårdsuppgifter delegeras skriftligt och följs upp.

Medicintekniska produkter

Inga medicintekniska hjälpmedel finns på enheten, endast arbetstekniska såsom förflyttningshjälpmedel.

Avvikelsehantering

Rutiner för avvikelsehantering finns på enheten, om en avvikelse inträffar åtgärdas den och följs upp.

Hygien

Socialstyrelsens föreskrift basala hygienrutiner ska tillämpas på enheten, personal känner till föreskriften. Tillgång till skyddsutrustning finns på enheten..

Sammanfattning

Rutiner för den hälso- och sjukvård som förekommer på enheten finns och rutinerna tillämpas. Samarbetet mellan hälso- och sjukvården och enheten fungerar bra.

8.

**Stimulansbidrag för regional samverkan
inom eHälsa 2013**

Socialförvaltningen
Sara Eriksson

Tjänsteutlåtande

2013-05-17

Dnr VON 2013/0040-048

Till Vård- och omsorgsnämnden

Ansökan om stimulansbidrag för utveckling av eHälsa 2013**Förslag till beslut****Vård- och omsorgsnämnden beslutar att**

1. ansöka om stimulansbidrag för utveckling av eHälsa i regional samverkan 2013 med maximalt 238 486 kr
2. medfinansiera erhållna stimulansmedel med minst 50 % (motsvarar maximalt 238 486 kr)
3. delegera till socialchefen att underteckna ansökan och att registrera projekt enligt Kommunförbundet i Stockholms Läns anvisningar

Redogörelse för ärendet

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har en överenskommelse angående utbetalning av stimulansbidrag för stimulering av utvecklingen inom eHälsa för år 2013.

Kommunförbundet i Stockholms Län (KSL) har tecknat en överenskommelse med SKL om regionalt arbete inom eHälsa-området som kan ge länet sammanlagt 10,8 miljoner kronor. För att få ta del av pengarna finns krav på medfinansiering av motsvarande summa. Kommunerna i Stockholms län kan ansöka till KSL för att få ta del av stimulansbidraget.

Stimulansbidraget ska användas inom följande områden:

- E-tjänster
- Säker roll- och behörighetsadministration
- Mobil dokumentation och informationsåtkomst
- Nationell patientöversikt, NPÖ
- Digitala trygghetslarm

Förvaltningens slutsatser

Arbete pågår inom socialförvaltningen med att undersöka hur kommunen inom en snar framtid kan arbeta med bland annat digitala trygghetslarm, e-tjänster, NPÖ och

olika typer av säkerhetslösningar. Stimulansbidraget kan användas till att förstärka och påskynda det arbetet.

Den medfinansiering som krävs kan uppfyllas genom redovisning av arbetad tid till en summa av 500 kr/timme. Det sker också inköp av viss hårdvara och mjukvara, t ex trygghetslarm och moduler till verksamhetssystemet Procapita, redan idag. Förvaltningen ser att medfinansieringskravet kan uppfyllas genom redovisning av arbetade timmar som förvaltningens tjänstemän redan lägger på arbetet med eHälsofrågor samt genom inköp av hård- och mjukvara som eventuellt kommer att behövas i utvecklingsarbetet.

Efter fortsatt samverkan med andra nordostkommuner och genomgång av pågående arbete kan förvaltningen bedöma för vilka inom områden det bäst lämpar sig att ansöka om stimulansbidrag. Då kan socialchefen prioritera projekten och godkänna ansökan.

Bilagor


Bilaga 1 Överenskommelse mellan KSL och kommunen

Bilaga 2 Aktivitetsbidrag per kommun

Bilaga 3 Information Stimulansmedel eHälsa 2013 – regionalt genomförande

Bilaga 4 Ansökan från KSL till SKL om stimulansbidrag för regional samverkan inom eHälsa 2013 inklusive genomförandeplan


Anne Simmasgård
Socialchef


Sara Eriksson
Sakkunnig funktionshinder

Till Stockholms läns kommuner

eHälsa 2013 - Stimulansbidrag för regional utveckling i samverkan

Kommunförbundet Stockholms Län har genom ansökan till SKL fått ta del av nationella medel för utveckling av kommunal eHälsa. SKLs och Socialdepartementets avsikt är att fortsätta samarbetet 2014 och 2015.

Denna överenskommelse avser stimulansmedel för 2013. Genom stimulansmedlen har Kommunförbundet Stockholms Län åtagit sig att organisera och stödja regional samverkan samt verka för att länets kommuner arbetar för att nå de nationellt angivna målen enligt nedan.

Målen för satsningen är att öka:

- antalet e-tjänster inom socialtjänsten för invånare samt användningen av e-tjänsterna. E-tjänsterna ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar. E-tjänsterna ska vara ett komplement till andra former av service och kontakter med socialtjänsten. De ska inte innebära en försämring för den stora grupp människor (1,2 mnkr) som inte använder sig av Internet.
- andelen av berörd personal inom socialtjänsten som har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.
- andelen av berörd personal inom socialtjänsten som kan dokumentera och komma åt information mobilt.
- andelen av behörig personal som kan komma åt relevant information i Nationell Patientöversikt, NPÖ. För 2014 är målet att kommunerna ska bli producenter av information i NPÖ. Detta avser information som dokumenteras i kommunerna enligt Hälso- och Sjukvårdslagen, HSL.
- andelen digitala trygghetslarm, i förhållande till antalet trygghetslarm som kommunen har beviljat.

I bifogad genomförandeplan framgår planerade aktiviteter för att uppnå uppsatta mål, samt beskrivning av den regionala organisationen.

Kommunens åtaganden

Genom denna överenskommelse åtar sig kommunen att

- arbeta för ovan utsatta mål och bifogad genomförandeplan
- utse företrädare för kommunen i eHälsofrågor (kommunsamordnare)
- medfinansiera erhållna stimulansmedel med minst 50%
- löpande dokumentera projekt i Projektplaneraren.se
- medverka till uppföljning och redovisning
- verka för informations spridning och dialog

och kan därmed få del i de stimulansmedel som tilldelats länet. Slutgiltig redovisning av stimulansmedel ska vara KSL tillhanda senast **31 december 2013**.

Uppföljningar av målen kommer att genomföras av SKL 3-4 ggr/år via länsorganisationen. Staten kommer att genomföra en egen uppföljning för 2013. Om överenskommelsen inte fullföljs kommer staten att kräva återbetalning.

Kommunens utsedda företrädare inom eHälsofrågor:

.....
Namn

.....
e-postadress

.....
Namn

.....
e-postadress

Underskrifter

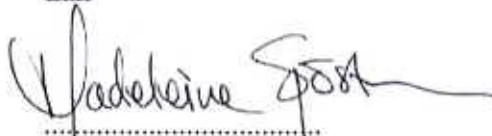
Datum

Datum 2012-05-13

..... kommun/stad

Kommunförbundet Stockholms
Län

.....
Namn


.....
Madeleine Sjöstrand

.....
Namnförtydligande, titel

Förbundsdirektör

Vänligen underteckna och scanna in till registrator@ksl.se

~~111-10000~~

Aktivitetsbidrag per kommun		Fast	Rörligt belopp	Tak att utbetala
Botkyrka	84 677	120 690	250 668	371 358
Danderyd	31 799	120 690	94 134	214 824
Ekerö	25 767	120 690	76 278	196 968
Haninge	78 326	120 690	231 867	352 557
Huddinge	99 049	120 690	293 213	413 903
Järfälla	67 320	120 690	199 286	319 976
Lidingö	44 081	120 690	130 492	251 182
Nacka	91 616	120 690	271 209	391 899
Norrtälje	56 245	120 690	166 501	287 191
Nykvarn	9 331	120 690	27 622	148 312
Nynäshamn	26 248	120 690	77 701	198 391
Salem	15 694	120 690	46 459	167 149
Sigtuna	41 329	120 690	122 345	243 035
Sollentuna	65 891	120 690	195 056	315 746
Solna	69 946	120 690	207 060	327 750
Stockholm	864 324	120 690	2 558 642	2 679 332
Sundbyberg	39 539	120 690	117 047	237 737
Södertälje	87 685	120 690	259 572	380 262
Tyresö	43 328	120 690	128 263	248 953
Täby	64 558	120 690	191 110	311 800
Upplands Väsby	40 194	120 690	118 986	239 676
Upplands-Bro	23 984	120 690	70 999	191 689
Vallentuna	30 715	120 690	90 925	211 615
Vaxholm	11 141	120 690	32 980	153 670
Värmdö	38 894	120 690	115 137	235 827
Österåker	39 792	120 690	117 796	238 486
	2 091 473	3 137 940	6 191 349	9 329 289

2013-05-13
Dnr: KSL/13/0005-21

Kommundirektörer
Vård- och omsorgschefer
Socialchefer
Kontaktpersoner eHälsa

Stimulansmedel eHälsa 2013 – regionalt genomförande

Överenskommelse tecknad med SKL om regionalt genomförande

Stimulansmedel eHälsa 2013 betalas ut från Socialdepartementet. Överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKL ger 10,8 miljoner till länet. Det är krav på medfinansiering med samma belopp. Stimulansmedlen ska användas inom följande områden och målsättningen är att öka

- antal e-tjänster för medborgare inom socialtjänsten
- andel personal inom socialtjänsten som har tillgång till säker roll- och behörighetsadministration
- andel personal inom socialtjänsten som kan dokumentera och komma åt information mobilt
- andel personal som kan komma åt relevant information i Nationell Patientöversikt, NPÖ
- andel digitala trygghetslarm

KSL har nu tecknat överenskommelse med SKL om det regionala genomförandet och den regionala genomförandeplanen är beslutad i KSLs styrelse.

I och med att överenskommelsen mellan SKL och KSL är tecknad är det dags att förmedla stimulansmedel till respektive kommun.

Vad respektive kommun behöver göra

För att få tillgång till stimulansmedel behöver ni först säkerställa att ni har (minst) en *utsedd person ansvarig för eHälsa*.

Bifogat finns en namnlista där de som namngavs i enkäten och/eller deltog i uppstartsmöte den 15 april finns med. Behöver ni korrigera uppgifter, meddela Gunilla Weidenfors, gunilla.weidenfors@ksl.se

Nästa steg:

- Besluta om vilka av ovanstående områden ni vill arbeta med under 2013.
- Skriv under bifogad *Överenskommelse* mellan kommunen och KSL. Överenskommelsen är redan undertecknad av KSL, så vi ber er underteckna och scanna in till registrator@ksl.se
- Ansök om stimulansmedel i det digitala verktyget, Projektplaneraren.se. **Mer information kommer så snart som möjligt!** Skärmdump för er information på KSLs hemsida: [skärmdump Projektplaneraren](#)
- Projekten ska medfinansieras motsvarande ansökt belopp: ansök om 50% av de kostnader som projektet omfattar (egen tid räknas som medfinansiering med schablon 500 kr/timme).
- Bifogat finns en fördelning av stimulansmedlen per kommun. I *första omgången* betalas maximalt ut det belopp som angetts per kommun. Om det blir kommuner som ansöker om mindre än sitt tilldelade belopp, fördelas överskottet ut senast i oktober 2013 till de som ansökt om mer än sitt tilldelade belopp.
- Projektet redovisas löpande i Projektplaneraren.
- Vid årsskiftet kompletteras informationen i Projektplaneraren med en balansräkning från ekonomisystemet och skickas in till KSL. Ev överblivna medel ska återbetalas till SKL.

Med vänlig hälsning

KOMMUNFÖRBUNDET STOCKHOLMS LÄN

Karin Bengtsson

Bilagor

1. Kontaktpersoner för respektive kommun
2. Överenskommelse KSL-kommunen, för underskrift
3. Lista på preliminärt belopp per kommun
4. Överenskommelse SKL-KSL med genomförandeplan

Kopia

Catharina Mann, SKL
Göran Stiernstedt, SKL

Sveriges Kommuner och Landsting
Elisabet Fransson
Hornsgatan 15

118 82 STOCKHOLM

Stimulansbidrag för regional samverkan inom eHälsa 2013

Genom stimulansmedlen avser vi organisera och stödja regional samverkan samt verka för att länets kommuner arbetar för att nå de nationellt angivna målen enligt nedan:

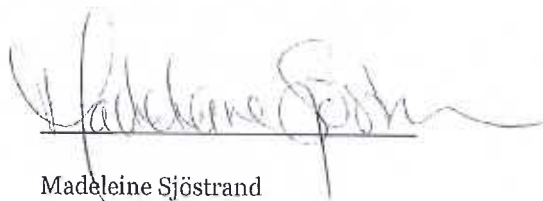
Målen för satsningen är att öka:

- Antalet e-tjänster inom socialtjänsten för invånare samt användningen av e-tjänsterna. E-tjänsterna ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar. E-tjänsterna ska vara ett komplement till andra former av service och kontakter med socialtjänsten. De ska inte innebära en försämring för den stora grupp människor (1,2 mnkr) som inte använder sig av Internet.
- Andelen av berörd personal inom socialtjänsten som har tillgång till säker roll- och behörighetsidentifikation.
- Andelen av berörd personal inom socialtjänsten som kan dokumentera och komma åt information mobilt.
- Andelen av behörig personal som kan komma åt relevant information i Nationell Patientöversikt, NPÖ. För 2014 är målet att kommunerna ska bli producenter av information i NPÖ. Detta avser information som dokumenteras i kommunerna enligt Hälso- och Sjukvårdslagen, HSL.
- Andelen digitala trygghetslarm, i förhållande till antalet trygghetslarm som kommunen har beviljat.

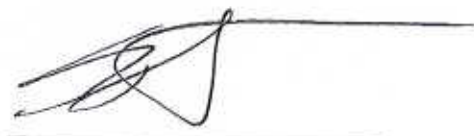
I bifogad genomförandeplan framgår planerade aktiviteter för att uppnå uppsatta mål, samt beskrivning av regional organisation.

Datum 2013 04 22
KOMMUNFÖRBUNDET STOCKHOLMS LÄN

Datum 22/4-13
SVERIGES KOMMUNER OCH
LANDSTING



Madeleine Sjöstrand
förbundsdirektör



Göran Stiernstedt
direktör för avdelningen vård och
omsorg

Bilaga

Missiv till Genomförandeplan

Genomförandeplan stimulansmedel eHälsa 2013

Kommunförbundet Stockholms Läns styrelse har fattat beslut om en regional genomförandeplan för stimulansmedel eHälsa 2013. Arbetet med genomförande av eHälsa 2013 har påbörjats enligt beslutad genomförandeplan.

Det här dokumentet har som syfte att förtydliga arbetet med eHälsa 2013 inom Stockholms län. Gotland som är medlem i IT-forum har valt att själva hantera de stimulansmedel som tilldelats dem.

Styrning och ledning

Regionala projekt

Inom KSL/IT-forum organiseras gemensamma projekt genom att IT-forums styrgrupp äger regionala projekt. Till respektive projekt tillsätts sedan styrgrupper med relevant kompetens och mandat.

Stimulansmedel för eHälsa 2013 kommer att organiseras enligt ovanstående. Det innebär att arbetet ägs av IT-forums styrgrupp. Styrgruppen håller på att tillsättas för det regionala arbetet med eHälsa 2013. Vår ambition är att samordna styrgruppen för eHälsa med styrgruppen för evidensbaserad praktik. Rekrytering av styrgruppsmedlemmar pågår. Den rutin som finns i länet innebär att länets delregionala socialchefs nätverk utser sin/sina representanter till styrgruppen. Styrgruppen får på så sätt ett tydligt mandat och en naturlig arena för återkoppling till socialchefsgruppen.

Respektive kommun utser en eHälsoansvarig kontaktperson som har i uppdrag dels att vara kommunikationskanal och dels att ingå i det regionala nätverket.

Lokala projekt

Inom eHälsa 2013 kommer även lokala eller delregionala projekt att genomföras. Arbete pågår med att ta fram rutiner och mallar för ansökan och återrapportering av stimulansmedel från kommunerna.

Respektive kommun ansvarar för ledning och styrning av de lokala projekten.

Nationell Patientöversikt

Inom länet har förberedande arbete med NPÖ genomförts 2012. Vår ambition har varit ett snabbare införande än vad som varit genomförbart. Hittills har vi:

- genomfört nyttovärdering enligt PENG modellen för NPÖ
- etablerat en gemensam styrgrupp i länet för kommun, landsting och privata vårdgivare
- anlitat projektledare och delprojektledare
- startat ett pilotprojekt med 3 "delpiloter". Delpiloterna är organiserade med tre kommuner och dess samarbetspartner som deltagare. Pilotprojektet sker i nära samverkan med Stockholms läns landsting och Capio S:t Görans sjukhus. Pilotprojektet har försenats då avtalsdiskussioner mellan Stockholms stad och Inera dragit ut på tiden och SLL ännu inte producerar relevanta informationsmängder för kommunerna från sitt journalsystem till NPÖ.

Resterande kommuner har startat sitt arbete med interna beslut och att utse ansvarig i respektive kommun för införandet och inventera huruvida deras boende har samarbete med läkare och sjukhus som är ansluta till NPÖ.

E-tjänster

Inom länet pågår utvecklingen av en gemensam e-tjänst för tillståndshantering färdtjänst. E-tjänsten är byggd inom Mina Vårdkontakter och kommer under våren att färdigställas. Brukargrupper har varit med i utformningen och deltar i tester. Under 2013 ska e-tjänsten lanseras och informationsmaterial tas fram.

Stockholms stad har utvecklat socialrådgivningen på nätet. Samarbete och dialog är påbörjat för att ta fram förutsättningar och beslutsunderlag kring hur denna tjänst ska inkludera övriga kommuner i länet som vill det.

Origo, digital mötesplats för hedersrelaterat våld är under framtagande. Länsstyrelsen äger projektet och det sker i samarbete med IT-forum, Stockholms stad och 1177 Vårdguiden.

Fem kommuner inför ett nytt verksamhetsstöd för socialtjänsten under 2013 och de har uttryckt önskemål om att stimulansmedel används för deras införande av e-tjänster kopplade till verksamhetssystemet.

Ytterligare områden för samverkan återkommer vi till.

Mobila lösningar

Inom länet används mobila lösningar inom hemtjänsten i 14 kommuner. Några kommuner har enbart tids- och insatsrapportering medan andra har ytterligare funktionalitet. Här avvaktar vi SKLs vägledning innan vi arbetar vidare för att höja säkerheten i lösningarna.

En kommun har infört (testar) Nattfrid och möjligheten att sprida det till fler kommer att prövas.

Säker identitets- och behörighetshantering

Inom Stockholms län arbetar vi efter *16 principer för samverkan*. Vi betonar vikten av att ha en hög informationssäkerhet och ett starkt skydd vid hantering av integritets-känslig information. Det gör att säker identitets- och behörighetshantering är prioriterat. Detta arbete sker både i samverkan med IT-ansvariga och socialtjänstens HSA/SITHS ansvariga.

Vi arbetar i samverkan med det nationella SAMBI projektet för att långsiktigt förbättra förutsättningarna för respektive vårdgivare att ha kontroll över sin identitets- och behörighetshantering.

Digitala trygghetslarm

Inget regionalt samarbete har startats kring Digitala trygghetslarm. Vi avvaktar SKLs vägledning och återkommer kring utformning av detta.

Med vänlig hälsning

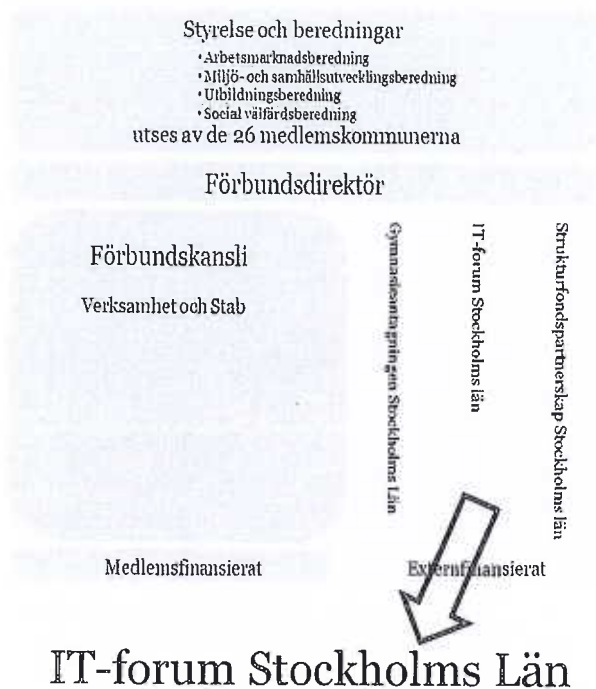
KOMMUNFÖRBUNDET STOCKHOLMS LÄN

Madeleine Sjöstrand
direktör

Karin Bengtsson
e-strateg

Bilaga

Genomförandeplan med organisationsskiss och mötesöversikt



Stygrupp

Katarina Kämpe, kommundirektör Sollentuna
Martin Andrea, kommundirektör Södertälje
Staffan Ingvansson, bitr stadsdir Stockholm
Anette Holm, IT-direktör Stockholm
Vesna Jovic, kommundirektör Huddinge
Lena Dahlstedt, stadsdirektör Nacka
Patrik Hansson, enhetschef SLL
Susanne Bayard, IT-direktör SLL
Madeleine Sjöstrand, förbundsdirektör KSL

Chef IT-forum

Arkitektur- ledningsgrupp

Stefan Svensson, Stockholm
Stefan Carlson, Stockholm
Lotta Nordkvist, Nacka
Jens Lindh, Södertälje
Björn Söderlund, Lidingö

Fredrik Härden, Sundbyberg
Monica Smidestam, Österåker
Christina Sollenberg, SLL
Carina Landberg, SLL
Mårten Mannström, SLL

Kansli

Administration
och ekonomi

Projekt- styrgrupper



Mötesöversikt

Aktivitet	Datum	Målgrupp
IT-forums Styrgrupp	2013 0109	Styrgrupp
Arkitekturledningsgrupp	2013 0125	IT-strateger
Kommundirektörsträff	2013 0201	Kommundirektörer
IT-forums Styrgrupp	2013 0213	Styrgrupp
Objektägarråd Samverkan vid vårdövergångar	2013 0227	FC, repr från delregioner och Stockholms stad samt SLL
Kommundirektörsträff	2013 0322	Kommundirektörer
Arkitekturledningsgrupp	2013 0322	IT-strateger
IT-forums Styrgrupp	2013 0326	Styrgrupp
Styrgrupp Evidensbaserad praktik	2013 0418	Repr socialchefer, SLL
Kommundirektörsträff	2013 0426	Kommundirektörer
Objektägarråd samverkan vid vårdövergångar	2013 0426	FC, repr från delregioner och Stockholms stad samt SLL
Arkitekturledningsgrupp	2013 0418	IT-strateger
IT-forums Styrgrupp	2013 0507	Styrgrupp
Förvaltningschefsträff	2013 0520	Social-,vård -och omsorgschefer
Styrgrupp evidensbaserad praktik	2013 0523	Repr socialchefer, SLL
IT-beslutsfattare , återkommande	2013 0613	IT-beslutsfattare kommuner
Kommundirektörsträff	2013 0920	Kommundirektörer
Förvaltningschefsträff	2013 1024-25	Social-, vård- och omsorgschefer
Kommundirektörsträff	2013 1025	Kommundirektörer
Förvaltningschefsträff	2013 1202	Social-, vård- och omsorgschefer
Kommundirektörsträff	2013 1206	Kommundirektörer

Listan kompletteras löpande under 2013.



Genomförandepjan för regional utveckling i samverkan inom eHälsa 2013-2015

Avser: Kommunförbundet Stockholms Län

Fyllid av: Karin Bengtsson

Övergripande aktivitet	Insats (vad)?	Hur?	När?	Ansvar (vem)?	Kostnad
Organisation för styrning och ledning	Att förankra frågorna i strukturerna för styrning, ledning och samverkan som finns i länet. Se <i>bilagad</i> organisationskiss.	Följa upp och årligen revidera överenskommetjer och handlingsplaner. Att arbetet blir en del av plattformen för kunskapsutveckling inom socialtjänst på länsnivå.	Informations- och dialogträffar med ledningsgrupper, socialchefer och liknande, vid återkommande träffar. För detaljer, se <i>bilaga</i> .	Kommunförbundet Stockholms Län IT-förums styrgrupp Regional samordnare Respektive kommun Delagarna i respektive grupper	Styrgrupper: 0,5 mkr Stimulusmedel för kommunala utvecklingsprojekt att fördela efter ansökan Totalt: 17,75 mkr Summa: 18,25 mkr
Nätverk för lokal spridning, förankring och implementering	Nätverk för verksamhetsutveckling med stöd av eHälsa, används för dialog, förankring och utveckling. Nätverk regionala HSA/SITHS ansvariga.	Att kommunerna utser representanter till denna organisation och möjliggör deras deltagande i arbetet. Att aktivt delta i utvecklingsarbeten och dela med sig och sprida kunskaper och erfarenheterna. Kommunerna bekräftar nuvarande representanter/kompletterar.	Vid återkommande möten under 2013-2015.	Kommunförbundet Stockholms Län IT-förums styrgrupp Regional samordnare Respektive kommun Kommunföreträdare	3,5 mkr
Samordning av utvecklingsarbetet på läns-/regional nivå inom kommunal eHälsa	eHälsosamordnare: <i>Karin Bengtsson</i> <i>karin.bengtsson@ksl.se</i> 073-917 9411 Programsamordnare: <i>Gunnilla Weidenfors</i> <i>gunilla.weidenfors@ksl.se</i> 073-917 9421	Informera och föra dialog i strukturerna för styrning, ledning och samverkan som finns i länet. Delta i de nationella nätverks träffar för erfarenhetsutbyte. Delta i aktuella konferenser. Administrera och följa upp verksamhet. Ekonomisk hantering.	Kontinuerligt under 2013-2015.	Kommunförbundet Stockholms Län IT-förums styrgrupp Regional samordnare Respektive kommun	2,6 mkr

Genomförandeplan för regional utveckling i samverkan inom eHälsa 2013-2015

Avser: Kommunförbundet Stockholms Län

fyllid av: Karin Bengtsson

Aktivitet	Insats (vad)	Hur?	När?	Ansvar (vem)	Kostnad
<p>1</p> <p>Införa e-tjänster</p>	<p>Nuläge: I dagsläget finns e-tjänster i 11 kommuner t.ex. i form av</p> <p>4 kommuner ansökningar om bistånd</p> <p>2 MVK anslutna kommuner</p> <p>1 kommun omsorgsdebok</p> <p>10 kommuner anslutna till e-tjänst för utredare tillståndshandtering färdtjänst</p> <p>Service jämförelser</p> <p>2 kommuner pilot kring naturfrid (webbkamera för tillsyn)</p> <p>Mål 2013: Öka antalet e-tjänster med bl.a. Regional tjänst för ansökan om färdtjänst via MVK.</p> <p>Målbild 2015:</p> <p>Fram till 2015 kommer e-tjänster att kvalitetssäkras samt kompletteras med nya e-tjänster i samverkan med bland annat Stockholms läns landsting.</p>	<p>Att den enskilde eller dennes anhörig får del av information som rör den egna personen.</p> <p>Testa olika tekniska hjälpmedel för att underlätta kommunikation mellan vårdtagare och personal samt för att öka tryggheten för den enskilde.</p> <p>Involvera brukar-, pensions- och anhörigorganisationerna i utvecklingsarbetet och informations-spridning för tillståndshandtering färdtjänst.</p> <p>Ta fram digitalt informationsmaterial för tillståndshandtering Färdtjänst.</p> <p>I samverkan med övriga kommun-/regionförbund etablera kontakt med CeHIS/Inera.</p>	<p>Kontinuerligt under 2013 – 2015.</p>	<p>Respektive kommun</p> <p>Projektleadare</p> <p>Regional samordnare</p>	<p>Del av projektmidlen fördelat på respektive projekt.</p>

Genomförandeplan för regional utveckling i samverkan inom eHälsa 2013-2015

Avser: Kommunförbundet Stockholms Län

Ifyllt av: Karin Bengtsson

Aktivitet	Insats (vad)	Hur?	När?	Ansvar (vem)	Kostnad
<p>2</p> <p>Alla berörda medarbetare inom socialtjänsten ska ha tillgång till "Säker roll- och behörighets-identifikation"</p>	<p>Nuläge: Användare av nationella tjänster har tillgång till HSA/SITHS i länet totalt 3 200 kort (exkl. kort utgivna av privata HSA ombud). Många kommuner har kompletterande lösningar för 2 faktorsinloggning (egna kort, sms, yubikey). Mål 2013: Öka antalet säkra inloggningar.</p> <p>Målbild 2015: Tillgång till säker 2-faktorsinloggning finns för all kommunanställd personal. Verksamhetssystemen som socialtjänsten använder har 2-faktorsinloggning.</p>	<p>Att fler verktyg och system som används inom socialtjänsten anpassas för säker inloggning.</p> <p>Berörd personal förses med kort.</p> <p>Fortsatt arbete med att kvalitetsssäkra innehållet i HSA och hanteringen av SITHS. Arbeta för automatiserad hantering av personposter.</p> <p>Att 16 principer för samverkan följs.</p> <p>Arbeta för nästa generations lösningar i samarbete med SAMBI.</p> <p>Verka för informationsspridning av vunnna erfarenheter.</p>	<p>Kontinuerligt under 2013 – 2015.</p>	<p>Respektive kommun Projektledare Regional samordnare</p>	<p>Del av projektmedlen fördelat på respektive projekt.</p>
<p>3</p> <p>Mobilitet i hemtjänst och hemsjukvård</p>	<p>Införa mobil dokumentation och informationsåtkomst i hemtjänst och hemsjukvård.</p> <p>Nuläge: Mobildokumentation används i 16 kommuner men säkerheten behöver förbättras. Mål 2013: Kartlägga nuläge. Genomföra projekt. Förbättra säkerhet vid användning. Målbild 2015: Möjlighet finns till mobil informationsåtkomst och dokumentation för hälso- och sjukvårds- samt socialtjänstpersonal.</p>	<p>Kartläggning av relevanta dokumentationssystem och lämplig mobil utrustning.</p> <p>Verka för informationsspridning av vunnna erfarenheter.</p> <p>Genomföra pilotprojekt.</p>	<p>Kontinuerligt under 2013 – 2015.</p>	<p>Respektive kommun Projektledare Regional samordnare</p>	<p>Del av projektmedlen fördelat på respektive projekt.</p>

Genomförandeplan för regional utveckling i samverkan inom eHälsa 2013-2015

AVSER: Kommunförbundet Stockholms Län

Ifyllt av: Karin Bengtsson

Aktivitet	Insats (vad)	Hur?	När?	Ansvar (vem)	Kostnad
4 Införande av digitala trygghetslarm	Säkerställa införandet av digitala trygghetslarm i kommuner. Nuläge: 10 kommuner använder digitala trygghetslarm i första hand som komplement till analoga larm. Mål 2013: Kartlägga nuläge. Öka kunskapen kring digitala trygghetslarm och dess beståndsdelar. Målbild 2015: Att säkerställa att de larm som beviljats fungerar som avsett.	Kartlägga och analysera nuläget. Utredda och beskriva hur larm-mottagning fungerar. Verka för informationsspridning av vunnna erfarenheter.	Kontinuerligt under 2013 – 2015.	Respektive kommun Projektledare Regional samordnare	Del av projektmedlen fördelat på respektive projekt.
5a Konsument i NPÖ	Stödja implementering av att bli konsument i NPÖ. Nuläge: Ingen kommun i Stockholms län är konsument av NPÖ. Mål 2013: Starta införandet av NPÖ i lärets kommuner. Öka kunskapen kring NPÖ. Genomföra pilot: där kommun/kommuner blir konsument av NPÖ. Målbild 2015: Kommuner, privata vårdgivare och landsting kan dela relevant information med varandra.	I samverkan med Stockholms läns landsting och Capio genomföra Pilotprojekt i Stockholms stad och Norrtälje. Starta gemensamt Införandeprojekt för länets samtliga kommuner, med delprojekt för respektive kommun. Utbilda berörd personal, i relevanta lagrum, rutiner och användning. Stöd och dialog vid införandet av TGP i kommunerna.	Under perioden 2013-2014.	Respektive kommun Projektledare Regional samordnare	Del av projektmedlen fördelat på respektive projekt.
5b Producent i NPÖ	Målbild 2015: Att vårdhuvudnämnen kan dela relevant information med varandra och tillgängliggöra informationen för patienterna	Den pågående samhällsutvecklingen där allt mer vård utförs av allt fler aktörer medför att det måste vara möjligt även för de mindre aktörerna att ansluta sig och sina system, något som dagens prismodell omöjliggör. Hela tanken bakom NPÖ är att alla är	Under perioden 2013-2015.		

Genomförandepplan för regional utveckling i samverkan inom eHälsa 2013-2015

Dnr: KSL/13/0005
SKL13/0274

Avser: Kommunförbundet Stockholms Län

Ifyllid av: Karin Bengtsson

		anslutna, först då är det möjligt att nå de effekter som eftersträvas. Med mindre aktör avses såväl små kommuner som privata vårdgivare.		
--	--	--	--	--

Total kostnad: 24 350 tkr (stimulansbidrag inkl medfinansiering)

Varav stimulansbidrag: 13 450 tkr (beslutat av SKL)

Varav medfinansiering: 10 900 tkr (uppskattat belopp)

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande Madeleine Sjöstrand
Förbundsdirektör

Bilagor
Organisationskiss
Mötesöversikt

9.

**Lokal samverkansöverenskommelse mellan
Österåkers kommun och PRIMA
vuxenpsykiatri**

Socialförvaltningen
Sara Eriksson

Tjänsteutlåtande

2013-05-13

Dnr VON 2013/0039-701

Till Vård- och omsorgsnämnden

Lokal samverkansöverenskommelse mellan Österåkers kommun och PRIMA vuxenpsykiatri för personer med psykisk funktionsnedsättning**Förslag till beslut****Vård- och omsorgsnämnden beslutar**

1. att anta lokal samverkansöverenskommelse mellan Österåkers kommun och PRIMA vuxenpsykiatri om personer med psykisk funktionsnedsättning
2. att uppdra åt socialchefen att underteckna samverkansöverenskommelsen

Redogörelse för ärendet

I socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap. 8 a § och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 8 a § står att kommun och landsting är skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Kommunförbundet i Stockholms län har rekommenderat samtliga kommuner i länet att underteckna en länsgemensam överenskommelse med Stockholms läns landsting enligt dessa krav. Denna överenskommelse har undertecknats av Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden efter beslut av Kommunfullmäktige. I samband med det beslutet uppdrog Kommunfullmäktige åt respektive nämnd att revidera befintliga samverkansöverenskommelser samt att utvärdera samverkan 1 år efter att den är antagen.

Förvaltningens slutsatser

Socialförvaltningen har tillsammans med enhetschef på PRIMA vuxenpsykiatri tagit fram ett förslag på samverkansöverenskommelse. Den bedöms uppfylla de krav som ställs i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen på överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Samverkansöverenskommelsen ersätter tidigare samverkansöverenskommelse som tecknades 2010-12-21.

Socialförvaltningen kommer tillsammans med PRIMA vuxenpsykiatri utvärdera överenskommelsen 1 år efter att den är antagen (juni 2014).

Tidigare beredning

KF § 152, 2012-10-01, Dnr KS 2012/379-701

Bilagor

Lokal samverkansöverenskommelse mellan Österåkers kommun och PRIMA vuxenpsykiatri, daterad 2013-05-13



Anne Simmasgård
Socialchef



Sara Eriksson
Sakkunnig funktionshinder

Lokal samverkansöverenskommelse

mellan Österåkers kommun och PRIMA vuxenpsykiatri

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	3
2. Parter	3
3. Parternas ansvar och insatser	4
3.1 Österåkers kommuns ansvar	4
3.2 PRIMAS ansvar	4
4. Målgrupp	4
5. Barnperspektivet	5
6. Övergripande syfte och målsättning	6
7. Mål för samverkan	6
8. Former för samverkan	6
9. Organisation	7
10. Uppföljning	8
11. Brukarorganisationer	9
12. Dokumentation	9
13. Tvister	9
14. Giltighetstid och uppsägning	9

1. Bakgrund

Denna överenskommelse gäller hälso- och sjukvård inom psykiatri samt omsorg för personer med psykiska funktionsnedsättningar i Österåkers kommun.

Landsting och kommun har ett sammanlänkat ansvar att tillhandahålla god hälso- och sjukvård, omsorg och rehabilitering. Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommun skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar (regleras i socialtjänstlagen (2001:453) SoL 5 kap. 8 a § och i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) HSL 8 a §).

Österåkers kommun har tecknat överenskommelse om samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning med Stockholms läns landsting (Överenskommelse om samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning, Kommunförbundet i Stockholms län). Det är en övergripande överenskommelse mellan kommuner inom Stockholms län och landstinget som ska utgöra grund och stöd för det gemensamma arbetet mellan huvudmännens verksamheter på lokal nivå. En lokal samverkansöverenskommelse mellan kommunens och de landstingsfinansierade verksamheterna ska finnas. I den del av Stockholms läns landsting som finns inom Österåkers kommun är det PRIMA vuxenpsykiatri som ansvarar för den psykiatriska vården.

Detta är en lokal överenskommelse mellan PRIMA vuxenpsykiatri och Österåkers kommun (Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden). Den är en utvärdering av och ersätter tidigare lokal samverkansöverenskommelse daterad 2010-12-21.

2. Parter

Parter i överenskommelsen är Österåkers kommun och PRIMA vuxenpsykiatri. Med Österåkers kommun avses de ansvariga nämnderna Vård- och omsorgsnämnden och Socialnämnden. Samarbetsparter utöver dessa är landstingets beroendemottagning, husläkarmottagningar och specialistvård.

3. Parternas ansvar och insatser

3.1 Österåkers kommuns ansvar

Kommunen ansvarar för insatserna boende, boendestöd, sysselsättning, fritid samt uppföljningen av den enskildes insatser enligt socialtjänstlagen, samt för övriga ansvarsområden inom socialtjänstlagens ramar. Kommunen ansvarar också för insatserna enligt 9.2-10 § i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. Insatserna ska vara utformade så att de förebygger social isolering och ökar möjligheterna till ett självständigt liv. Personligt ombud är en för kommunen frivillig insats som Österåkers kommun erbjuder och som därför ingår i förutsättningarna för stödet som finns för dem med psykiska funktionsnedsättningar.

3.2 PRIMAS ansvar

PRIMA vuxenpsykiatri har ansvar för specialiserad psykiatrisk bedömning, utredning, diagnostik och behandling (efter avtal med Stockholms läns landsting enligt HSL 3 §). PRIMAs vuxenpsykiatri har ansvar för att erbjuda kognitiva hjälpmedel. Psykiatrin har ansvar för vårdplanering för patienter som är medicinskt färdigbehandlade från slutenvård och har dessutom ansvar för att kommunen underrättas före utskrivning där behov av gemensamma insatser föreligger. Särskilt viktigt är samarbetet mellan PRIMAs vuxenpsykiatri och kommunen för patienter med dubbla diagnoser såsom missbruk/allvarlig psykisk störning. Där är behovet av vårdplanering tillsammans med kommun och beroendevård extra viktigt. Gemensam vårdplanering ska ske då kommunen bedömer att annat boende bör komma ifråga.

4. Målgrupp

Personer med psykiska funktionsnedsättningar som är bosatta i Österåkers kommun.

Begreppet psykiska funktionshinder används enligt den praxis som Socialstyrelsen föreslår och som definierades av den statliga utredningen Nationell psykiatrisamordning 2006, den lyder: ” En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga

livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning”.

I överenskommelsen och i arbetet i övrigt används begreppet person med psykisk funktionsnedsättning likställt med avgränsningen ovan.

Särskilt definierade målgrupper för den lokala samverkansöverenskommelsen är

- Personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd
- Personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
- Personer med tvångsbeteende
- Personer med missbruksproblem
- Personer inom kriminalvården
- Äldre personer (65 år och äldre)
- Barn vars föräldrar har en psykisk funktionsnedsättning

Förutsättningarna för samverkan runt dessa målgrupper regleras särskilt när behov uppstår som inte tillgodoses genom den ordinarie samverkan och parternas verksamheter. Exempelvis kan arbetsgrupper bildas för att vid behov skapa särskilda rutiner för samverkan.

5. Barnperspektivet

Varje part ansvarar i handläggning och i insatser för att barns perspektiv tillgodoses. Att det är barn inblandade i en enskilds situation kan vara en grund i sig för samverkan på individnivå. Åtgärder som beslutas ska vara tydliga och konsekvensen för ett inblandat barn ska beskrivas. Gemensamma utbildningar för personal anordnas vid behov.

6. Övergripande syfte och målsättning

Det övergripande målet är att den enskilde som behöver det får vård och insatser som är samordnade mellan kommunens och landstingets verksamheter. Ingen ska ”falla mellan stolarna”.

7. Mål för samverkan

Samverkan mellan kommun och PRIMA vuxenpsykiatri skall bedrivas på både individnivå och övergripande nivå. Samverkan ska bygga på ömsesidig respekt för alla inblandade parter ansvar och kompetens i sin profession.

- All samverkan på individnivå ska ske med den enskildes samtycke och delaktighet. Initiativ till samverkan kan tas antingen från PRIMA eller från Österåkers kommun med den enskildes samtycke, oavsett var den enskilde har pågående insatser. Information om vad samverkan kan innebära för den enskilde ska ges till denne.
- Den enskilde ska få adekvat hälso- och sjukvård och omsorg utifrån sina behov.
- Den enskilde ska få nödvändig hälso- och sjukvård och omsorg i sin närmiljö så länge som möjligt under förutsättning att slutna vård av medicinska eller sociala skäl ej är nödvändig.
- Vårdsamverkan ska organiseras så att den lägsta effektiva omhändertagandenivån säkerställs.
- Brukar- och anhörigorganisationerna samt personligt ombud ska stimuleras att delta i verksamheten och vid behov bjudas in vid nätverks- och samverkansträffar på övergripande nivå. Sker träffarna på individnivå avgörs deltagandet av brukar- och anhörigorganisationerna och personligt ombud av den enskilde.
- Anhörigperspektivet ska vävas in som en naturlig del i samverkan, under förutsättning att den enskilde godkänner detta. Det kan exempelvis handla om att bjuda med anhöriga på planeringar eller att finnas till hands för att kunna svara på frågor.
- Parterna ska verka för att ha gemensamma utbildningar i syfte att öka kunskap om målgruppens behov och möjligheter samt även om varandras verksamhetsområden.

8. Former för samverkan

- En individuell plan ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Särskild lokal rutin för detta finns framtagen.

- En samordnad vårdplanering ska göras mellan landsting och kommun för personer där behov finns av nya eller fortsatta insatser från t ex öppenvård eller socialtjänst efter slutenvård. Det är landstingets slutenvård som tar initiativ till planen. Särskild överenskommelse om detta finns (Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården, Kommunförbundet i Stockholms län).
- En samordnad vårdplan ska upprättas och bifogas till ansökan till förvaltningsrätten om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Det är den psykiatriska vården som tar initiativ till planen.
- En individuell plan enligt 10 § LSS upprättas efter den enskildes begäran där både landsting och kommuner kan vara delaktiga. Kommunen ska arbeta för att insatserna i planen samordnas.
- Om den enskilde har ett långvarigt behov av habiliterings- och rehabiliteringsinsatser ska särskild hänsyn tas till detta vid samordning. En särskild person ska utses som blir ansvarig för samordningen. Särskild överenskommelse om detta finns (Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående samordning av insatser för habilitering och rehabilitering, Kommunförbundet i Stockholms län).
- Om den enskilde får en placering vid hem för vård och boende (HVB) görs överenskommelse om betalningsansvaret. PRIMA står för läkare (om inte ansvaret faller på annat landsting än Stockholm) och steg 2-terapeut eller behåller ansvaret själva.

9. Organisation

Ansvar för att genomföra samverkan ligger på båda parter. Det praktiska arbetet kommer att utföras på fyra nivåer:

1) Samverkansgrupp politiker

Representanter på politisk nivå från landsting och kommun möts en till två gånger per termin för att diskutera gemensamma frågor. I detta forum finns utrymme att diskutera övergripande samverkansfrågor, och är en grupp dit samverkansgruppen för chefer kan lyfta frågeställningar. Även om samverkansformen skulle ändras från sin nuvarande form följer ansvaret för samverkan med.

2) Samverkansgrupp chefer

Ansvariga för verksamheterna i PRIMA och i Österåkers kommun träffas en gång per termin och vid behov. Deltagande från kommunen är chef för biståndsenheten, chef för vuxenstödsenhet, samt sakkunnig inom funktionshinder. Deltagande från PRIMA är enhetschef för allmänpsykiatriska mottagningen i Åkersberga samt samordnare för psykossektionen. Andra berörda, såsom chefsjuksköterska från Åkersberga beroendemottagning, kan bjudas in vid behov, liksom socialchef i Österåkers kommun och verksamhetschef för PRIMA. Syftet är att samverka kring frågor av principiell art, utveckling av verksamheter samt att utbyta information. Denna grupp är även ansvarig för att utvärdera och följa upp samverkansöverenskommelsen. Sammankallande är sakkunnig i Österåkers kommun.

3) Samverkansgrupp på individnivå

En gång i veckan träffar personal från biståndsenheten och verksamheterna i Österåkers kommun personal från PRIMA. På dessa träffar sker samverkan på individnivå, runt enskilda som är aktuella hos båda parter. Samverkan sker endast med den enskildes medgivande. Denna nivå ersätter inte individuella vårdplaneringar, nätverksmöten, eller andra planeringar runt individen. Frågor av övergripande karaktär lyfts från gruppen till samverkansgruppen med chefer.

4) Arbetsgrupper/projektgrupper

Samverkan kan också ske i olika arbetsgrupper på chefsgruppens uppdrag. Initiering av arbetsgrupper ska ske i gemensam anda och med medborgarnas bästa för ögonen. Arbetet kan handla om specifika utvecklings- eller utredningsfrågor.

10. Uppföljning

Uppföljning sker årligen i samverkansgruppen på chefsnivå (nivå 2) och dokumenteras i minnesanteckningar. Vid behov upprättas handlingsplaner för åtgärder. Särskilda överenskommelser om specifika målgrupper eller aktiviteter dokumenteras i eller som bilaga till minnesanteckningar.

11. Brukarorganisationer

Brukarorganisationer har lämnat synpunkter på och bidragit i framtagandet av denna samverkansöverenskommelse. Varje huvudman har utarbetade rutiner för samverkan med brukarorganisationer.

12. Dokumentation

Minnesanteckningar förs i samverkansgruppen på chefsnivå (nivå 2). Eventuella beslut tas av utsedd delegat och dokumenteras på sedvanligt sätt i respektive organisation.

13. Tvister

Tvister hanteras så långt det är möjligt inom ramen för nivån på samverkan under avsnitt 9. Om tvist inte kan lösas förs problembeskrivning till ansvariga politiker hos respektive huvudman för beslut.

14. Giltighetstid och uppsägning

Denna överenskommelse gäller från och med 1 juli 2013 och tills vidare, med tre månaders uppsägningstid i det fall en eller båda av parterna har behov av att innehållet ska revideras. Vid behov bör samverkansöverenskommelsen uppdateras om större förändringar sker under giltighetstiden. Övergripande ansvariga för samverkan är socialchef i Österåkers kommun samt verksamhetschef för PRIMA vuxenpsykiatri.

Underskrifter och datum

Anne Simmasgård
Socialchef Österåkers kommun
På uppdrag av Socialnämnden
och Vård- och omsorgsnämnden

Anders Berntsson
Verksamhetschef PRIMA vuxenpsykiatri

10.

**Ändring av administrativ huvudman för
FoU Seniorium**

Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen

Datum 2013-05-16

Dnr VON 2013/0041-705

Till Vård- och omsorgsnämnden

Ändring av administrativ huvudman för FOU Seniorium

Beslutsförslag

Vård- och omsorgsnämndens beslut

Nämnden ställer sig positiv till förslaget från FOU Senioriums styrgrupp om att ändra administrativ huvudman för verksamheten från Österåkers kommun till Lidingö stad från 1 september 2013.

Bakgrund

FOU Seniorium startade sin verksamhet i augusti 2007 efter en flerårig diskussion i Stockholms nordostkommuner om behovet av en gemensam forsknings- och utvecklingsenhet inom äldreområdet. I januari 2007 tecknades ett samverkansavtal mellan Lidingö och Vaxholm Stad, Täby, Vallentuna och Österåkers kommun samt Stockholms läns landsting. I januari 2009 tillkom även Danderyds kommun som huvudman. Sedan januari 2011 är FOU Seniorium en permanent verksamhet och det finns ett avtal mellan huvudmännen. Syftet med verksamheten är att med den äldre människan i centrum initiera, främja och bedriva forskning och utveckling inom äldrevård och äldreomsorg. Administrativ huvudman för verksamheten har sedan starten varit Österåkers kommun.

FOU Seniorium delar lokal med FOU Nordost i Mörby centrum. FOU Nordost är en verksamhet inom individ- och familjeomsorgen samt psykiatrin. Administrativ huvudman för FOU Nordost är Lidingö stad. Respektive verksamhet har sina egna administrativa system utifrån huvudmannaskapet. Detta innebär bland annat att det finns olika datasystem och datorkopplingar, var sin kopianator, olika löne- och ekonomisystem m m. Verksamheterna är relativt små. FOU Seniorium har i dagsläget 5 anställda och en årsbudget på 3,1 mkr. FOU Nordost har 6 anställda och en årsbudget på 3,7 mkr.

Förvaltningens slutsatser

FOU Senioriums styrgrupp har beslutat föreslå att det administrativa huvudmannaskapet överförs från Österåkers kommun till Lidingö stad. Som motiv till förändringen finns förmodade samordningsvinster i administration och i administrativa system med FOU Nordost. Ansvarig förvaltningschef i Lidingö stad är positiv till förändringen och ärendet är under politisk behandling i Lidingö.

Bilagor

1. Protokoll Styrgruppsmöte FoU Seniorium den 16 maj 2013.



Anne Simmasgård
Socialchef

Protokoll Styrgruppsmöte FoU Seniorium den 16 maj 2013

Närvarande: Ann-Sofie Holmertz, förvaltningschef, Vaxholm stad, ordförande
Elisabeth Höglund HSN-F, SLL
Susanne Kiesel, t.f. socialchef, Täby kommun
Lotta Wigen, förvaltningschef, Lidingö stad
Anne Simmasgård, socialchef, Österåkers kommun
Gunilla Åhlander, förvaltningschef, Vallentuna kommun
IngBritt Rydeman verksamhetschef, FoU Seniorium

Återbud: Margareta Heimer, socialchef Danderyds kommun

- **Föregående mötesprotokoll**

Beslut: Protokoll från föregående styrgruppsmöte godkändes

- **Budgeten för 2013 och budgetuppföljning**

IngBritt hade tidigare sänt ut dokument för budget 2013. Vid mötet fanns inga kommentarer att notera. IngBritt bad att få återkomma med budgetuppföljningen för att kunna säkerställa utfallet.

Beslut: Budget för 2013 godkändes. FoU chefen kommer att återkomma med budgetuppföljning för 2013 t.o.m. 30/4.

- **FoU-chefen rapporterade följande:**

Utkast från KSL angående: samverkansavtal avseende den verksamhetsförlagda utbildningen på vårdutbildningar (2013-04-10). Utkastet gäller Stockholms läns kommuner och vårdutbildningar i Stockholms län. Utkastet innehåller krav på kompetens, antal vårdstuderande som bör tas emot, ersättningar, verksamheter som bör ta emot studerande, samt hanteringssystem av flöden av studenter. Detta är en stor fråga och kräver en gemensam organisation och diskussion i samtliga kommuner med KSL.

Beslut: Att detta inte är något uppdrag för FoU.

Samtliga FoU-äldre är inbjudna att delta i diskussion om palliativt kunskapscenter på initiativ av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSf). Behov finns av ett samlat grepp för att utveckla detta område samt att höja kompetensens, kvaliteten och forskning inom allmän och specialiserad palliativ vård. Två representanter från nordost ska utses, en med MAS kompetens till arbetsgrupp samt en förvaltningschef till styrgrupp.

Beslut: Som representant till styrgrupp utsågs förvaltningschef Ann-Sofie Holmertz och till arbetsgruppen medicinskt ansvarig sjuksköterska Lilian Carlesson från Täby kommun.

Rapport från FoU seminarium 15/5 avseende samverkan och sammanhållen vård för sjuka äldre. Hur gör vi i nordost? Cirka 30 personer deltog från samtliga vård- och omsorgsområden. Presentation av arbete på Danderyds sjukhus, av överenskommelsen i Stockholms län samt arbete i grupper. Angelägna områden identifierades samt en arbetsgrupp utsågs att via FoU arbeta vidare utifrån de idéer och förslag som framkom. Den 17/5 träffar FoU-äldre cheferna HSf och KSL's ledningsgrupp för att diskutera hur FoU kan medverka i samverkan och sammanhållen vård för sjuka äldre.

Information om att FoU finns som medsökande forskningsrepresentant i två VINNOVA ansökningar; test av Webkamera samt Äldreliv testzoner.

Rekrytering av ytterligare medarbetare till FoU tillsvidare anställd projektledare pågår via rekryteringsfirma. En sökande till visstidsanställd dietist har dragit tillbaka sin ansökan.

Hemsidans uppdatering beräknas vara klar 7/6. På hemsidan kommer bla höstens planerade aktiviteter visas/annonseras. Ett nyhetsbrev ska formuleras inför lanseringen av ny hemsida. Viktigt att skicka nyhetsbrevet till kommunerna en vecka innan så man hinner informera på kommunernas intranät att ny hemsida är på gång.

Två seminarier om alkohol missbruk och äldre är genomförda. Stort intresse med många deltagare. Behov finns att arbeta vidare i höst tillsammans med FoU nordost och utsedda representanter från kommunerna. Fou Nordost och Seniorium kommer att söka medel från HSf för utvecklingsprojekt inom vuxenpsykiatri. Styrgruppen bedömde att en adekvat representant till arbetsgruppen kunde med fördel vara en biståndsbedömare.

Beslut: Senast den 1 juni ska varje kommun till IngBritt meddela vem som kommunerna utsett för deltagande i arbetsgruppen

- **Förändring av huvudmannaskap för Seniorium**

Förslag är framtaget att förändra både arbetsgivaransvar som ordförandeskap för Seniorium. Förslaget är att ansvaret fullt ut ska tilldelas Lidingö stad från den 1/9. Alla närvarande styrgruppsmedlemmar uttryckte sig positiva till resultatet.

Beslut: Styrgruppen beslutade att arbetsgivaransvar som ordförandeskap ska övergå till Lidingö stad med start den 1/9 2013. Förslaget om förändringen kommer att behandlas i respektive kommun under maj och i juni inom landstinget.

- **Diskussion om representation i FoU-rådet**

Idag finns utsedda företrädare från varje kommun till FoU rådet men det saknas representation från landstinget. Detta bedöms ej som en acceptabel situation. Samverkan behövs för att utveckla verksamheten.

Det finns en osäkerhet och en otydlighet vilken roll rådet ska ha/har inom Seniorium och vilken roll representanten i rådet har. Styrgruppen menar att det vore idé att arbeta fram mål och syfte för rådet och tydliggöra roller.

Beslut: Styrgruppen beslutade att på Fou-rådets planeringsdag till hösten arbeta fram förslag på vilken roll och funktion FoU-rådet ska i framtiden. Förslaget ska presenteras för styrgruppen vid nästa styrgruppsmöte.

- **FoU långsiktiga mål**

IngBritt framför att syfte och mål med Seniorium är otydligt. Vilka bör vara Senioriums långsiktiga mål? Styrgruppen menar att det borde arbetas fram ett förslag som styrgruppen kan ta ställning för och besluta om.

Beslut: Styrgruppen beslutade att ge Lotta Wagen som ny ordförande för Seniorium att tillsammans med IngBritt tar fram förslag till nästa styrgruppsmöte.

- **Övriga frågor:**

IngBritt framför att hon vill träffa de styrgruppsmedlemmar tillika förvaltnings/socialchefer i respektive kommun i ett enskilt möte. De styrgruppsmedlemmar som inte träffat IngBritt uppmanas skicka förslag på tider till henne. Vidare berättar IngBritt att hon presenterat FOU Seniorium för socialnämnden i Danderyds kommun och att hon gärna deltar och informerar om FoU i resterande socialnämnder. Styrgruppens får i uppdrag att återkomma till IngBritt om deltagande vid socialnämndsmöten.

Utredningen angående kompensations ersättning avseende värdighetsgarantier ska ha skickats till styrgruppsdeltagarna i respektive deltagande kommun. Berörda socialchefer har ej fått ta del av dessa. Förslaget bifogas som bilaga till detta protokoll. Västervik tros ha infört detta vilket meddelas projektledarna att forska vidare i.

- Höstens möten: 3/10 halvdag planering, Lotta och IngBritt tar fram ett förslag på agenda. Möte 6/12
- Mötet avslutas

Protokoll fört av IngBritt Rydeman

Justerat av

Ann-Sofie Holmertz, förvaltningschef för socialförvaltningen i Vaxholm stad

11.

**Ersättning till styrgruppen för
pilotprojektet inom dagverksamheten på
Vårdbo**

Socialförvaltningen
Linda Turula

Tjänsteutlåtande

2013-05-17

Dnr VON 2013/0011-733

Till Vård- och omsorgsnämnden

Ersättning till styrgruppen för pilotprojektet inom dagverksamheten på Vårdbo**Förslag till beslut****Vård- och omsorgsnämnden beslutar att**

1. arvode och ersättning för förlorad arbetsinkomst för tiden avseende styrgruppens sammanträden ska utgå till ledamöterna Monica Kjellman och Cecilia Ringstedt.
2. paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Redogörelse för ärendet

Vård- och omsorgsnämnden fattade den 29 januari 2013 (VON § 7/2013) beslut om att utse tre ledamöter till styrgruppen för pilotprojektet inom dagverksamheten på Vårdbo. Utöver Vård- och omsorgsnämndens ordförande Mikael Ottosson (KD) består styrgruppen av och två ledamöter - Monica Kjellman (FP) och Cecilia Ringstedt (S). För att tydliggöra vilken ersättning som ska utgå till styrgruppens ledamöter föreslås Vård- och omsorgsnämnden att fatta beslut om ersättning enligt beslutsförslag.

Beslut bör delges

Personalenheten



Anne Simmasgård
Socialchef



Linda Turula
Administrativ samordnare