

7.

**Fördjupad granskning av LSS-
verksamheterna Halo korttidsvistelse och
korttidstillsyn och Knopen daglig
verksamhet**

Socialförvaltningen
Sara Eriksson

Tjänsteutlåtande

2013-05-31

Dnr VON 2012/0051-791

Till Vård- och omsorgsnämnden

Fördjupad granskning av LSS-verksamheterna Halo korttidsvistelse och korttidstillsyn och Knopen 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 Halo korttidsvistelse och korttidstillsyn och Knopen daglig verksamhet under mars och april 2013.

Halo och Knopen 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 Halo korttidsvistelse och korttidstillsyn (LSS)

Bilaga 5 Granskning av hälso- och sjukvårdsrutiner på Halo

Bilaga 6 Inlämnad handlingsplan för åtgärder av brister på Halo

Bilaga 4 Granskning av Knopen daglig verksamhet (LSS)

Bilaga 5 Granskning av hälso- och sjukvårdsrutiner på Knopen daglig verksamhet

Bilaga 6 Inlämnad handlingsplan för åtgärder av brister på Knopen

Beslut bör delges

Produktionsstyrelsen



Birgitta Almén

Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Sara Eriksson

Sakkunnig funktionshinder

Granskning av Halo korttidsvistelse och korttidstillsyn (LSS)

Verksamhet: Halo korttidsvistelse och korttidstillsyn, Norrgårdsvägen 27
Åkersberga

Huvudman: Österåkers kommun

Sammanfattning

Verksamheten som drivs vid Halo korttidsvistelse och korttidstillsyn uppfyller till viss del de krav som ställs enligt lagar, föreskrifter och beställning. Det finns några områden som verksamheten har ombetts åtgärda snarast dessa är

- det ska finnas tydliga utbildningskrav på personal och kompetensutvecklingsplan eller motsvarande
- alla för verksamheten viktiga rutiner, t ex systemen som finns för att förbättra verksamheten (t ex Lex Sarah och synpunkter/klagomål), ska vara välkända för all personal och användas
- alla deltagare ska ha genomförandeplaner
- nöjdheten hos ungdomarna och föräldrarna ska systematiskt undersökas och användas i förbättringsarbete
- målen med verksamheten ska vara väl förankrade i personalgruppen

En handlingsplan för hur verksamheten avser arbeta med dessa områden är inlämnad från ansvarig chef. Utöver detta finns det ytterligare förbättringsmöjligheter, som redovisas nedan.

Ett återbesök med uppföljning kommer att genomföras i verksamheten under oktober 2013.

Bakgrund, syfte och metod

Produktionsstyrelsen driver korttidsvistelse och korttidstillsyn enligt LSS på Halo. Genom innehållet i lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och tillhörande föreskrifter ges förutsättningar för vad korttidsvistelse och korttidstillsyn enligt 9.6-7 §§ LSS ska innehålla. Vård- och omsorgsnämnden har gjort en beställning till Produktionsstyrelsen för uppdraget.

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

- o frågeformulär som fylldes i av enhetschef (2013-04-06)
- o intervju med enhetschefen (2013-04-09)
- o intervju med personal (2013-04-11 och 2013-04-22)

- 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

Halo korttidsvistelse och korttidstillsyn finns i en för verksamheten ombyggd lägenhet på Norrgårdsvägen centralt i Åkersberga. Det finns fem sovrum för barn, gemensamt kök och vardagsrum, samt små "arbetsplatser" i form av textatorhörna. Dessutom finns det personalutrymme. Lägenheten ligger på översta våningen och har två balkonger.

Halo startade i augusti 2011. Vård- och omsorgsnämnden såg behov av en verksamhet i kommunen som riktade sig till barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Dessa var tidigare hänvisade till verksamheter utanför kommunen. Produktionsstyrelsen fick uppdraget att driva verksamheten. Under första året gällde särskilda ersättningsregler, sedan gick verksamheten över på de tidigare gällande reglerna för ersättning för korttidsvistelse och korttidstillsyn.

Målgruppen för Halo är barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Besökarna i verksamheten benämns i rapporten för barn, oavsett ålder.

Korttidsvistelse innebär att barnet är ett visst antal dygn i verksamheten. Insatsen syftar till att erbjuda miljöombyte och utvecklingsmöjligheter för barnet, men också avlastning för familjen. Korttidstillsyn är en fritidsform som finns för skolbarn efter 12 års ålder, när skolans ansvar för fritids upphör. Insatsen är till för att barnen ska ha tillsyn före och efter skoltid och under lov så att föräldrar kan förvärvsarbeta.

Halos ledord är

- Respekt** – för dig själv och gentemot andra
- Integritet** – gränserna som du och andra har
- Relationer** – hur bemöter vi varandra

Resultat av granskningen

1. Lokaler

Verksamheten finns i en stor lägenhet på Norrgårdsvägen. Lägenheten byggdes om och anpassades till verksamhetens behov i samband med uppstart.

Inredningen är ny. Det finns ytor för samvaro, för spel och aktiviteter, och för måltider. Det finns enskilda sovrum för de barn som är på korttidsvistelse, och de barn som har korttidstillsyn vistas i de gemensamma ytorna.

Personalen är nöjd med lokalerna. Tack vare att det inte finns någon trädgård, söker man sig ut mycket för att göra aktiviteter och för att vara utomhus.

2. Barn

Antalet barn i verksamheten varierar. I april 2013 var det sex barn som hade korttidsvistelse och tre barn som hade korttidstillsyn. Det finns kapacitet i verksamheten för avsevärt många fler barn. Ett problem under verksamhetens två första år har varit att motivera barn och deras föräldrar att godta att få sin insats på Halo. Under många år har det varit självklart att lämna kommunen till förmån för externa utförare i andra kommuner. LSS-handläggarna och verksamheten försöker tillsammans motivera barn att stanna i kommunen.

Personalen upplever att de inte gör allt de kan för att marknadsföra verksamheten på ett bra sätt. Man behöver arbeta tydligare på att skapa ett bra emottagande som gör att barnen och deras föräldrar tycker att Halo är ett bra alternativ.

Ett problem har varit att verksamheten saknar ett strukturerat arbetssätt kring vad den erbjuder. Man har valt att planera verksamheten helt efter de barn som deltar och deras intressen. Detta har dock lett till att det är svårt att beskriva vad verksamheten står för och hur den arbetar, något som man vet är viktigt för föräldrar att få reda på för att känna trygghet. Halo behöver arbeta på att förtydliga sitt erbjudande.

Det är i första hand enhetschefen eller samordnaren som träffar nya barn. Viss information tas då emot och dokumenteras. Senare genomförs någon typ av utvecklingssamtal. Dokumentationen från detta arbete är dock bristfällig och personalen har inte tillräckligt mycket dokumentation för att kunna skapa en bra verksamhet och för att kunna sätta upp mål för barnen och arbeta enligt dem. För de barn som har kommit till verksamheten under den senaste tiden får personalen tillgång till den beställning som LSS-handläggaren skickar till enhetschefen.

Aktiviteter som genomförs är bland annat utflykter, bio, spel, läsning, och friskvård. Barnen har med sig en viss fickpeng för aktiviteter. Detta bestäms i förväg. Maten lagas på Halo. Personal och barn planerar matsedeln tillsammans och barnen får hjälpa till så mycket man vill. Vissa barn kan ha som mål att lära sig laga mat.

Det görs riskbedömningar runt barnen. Dessa ska fokusera både på barnens behov och på personalens arbetsmiljö. De barn som besöker verksamheten är lite äldre, ofta i tonåren, och vissa är relativt självständiga. Det betyder bland annat att det finns risk för att ett barn helt enkelt bestämmer sig för att gå hem eller att göra något annat. Det är viktigt att personalen i dessa lägen vet hur de ska agera.

Förbättringsmöjligheter, barn:

- *Introduktion av nya barn.* Verksamheten ska utarbeta rutiner för hur nya barn tas emot och hur informationsöverföring till personal och mellan personal säkras.

3. Personal

Antalet personal som är anställda på Halo varierar med antalet barn. Det finns i dagsläget 2,36 tjänster, och man använder sig av vikarier utöver det. Då mycket av arbetstiden är förlagd på helger och kvällar är det naturligt att de som arbetar på Halo även har andra sysselsättningar eller t ex studerar. Man planerar bemanningen så att barnen ska möta samma personal i så stor utsträckning som möjligt när de har sina dygn i verksamheten.

Alla barn har en kontaktperson i personalgruppen, och det är också den personen som oftast är på plats på barnens dygn. Kontaktpersonen sköter framförallt kontakterna med föräldrarna, och även med barnen vid behov mellan vistelserna.

Personalen upplever bemanningen som tillräcklig, men något instabil vad gäller kontinuiteten. Det är oklart vilken kompetens som efterfrågas för att man ska arbeta på Halo. Utbildningsnivå är relativt hög, t ex har flera av dem som arbetar regelbundet lärarexamen. Det finns ingen plan för vidareutbildning.

Ingen handledning genomförs idag. Stöttning ges av enhetschef. Personalen efterfrågar ytterligare stöd i situationer som uppstår runt barnen och beteenden. Det är oklart för personalen vad målen med verksamheten är.

Verksamheten har nyligen startat med att ha konferenser på kvällstid. Detta har inte fungerat med någon kontinuitet. Man har på konferenserna bland annat arbetat med riskbedömningar för barnen, men dessa är inte klara.

Enhetschefen är ansvarig för Halo och en annan verksamhet, Solskiftet. Enhetschefen har adekvat högskoleutbildning. Enhetschefen har under granskningsperioden blivit verksamhetschef för hela området vård och omsorg inom produktionsförvaltningen, och ny enhetschef börjar sin anställning 1 juli 2013. Det finns en samordnare för verksamheten, som också arbetar på Solskiftet. Personalen upplever att det är svårt att få tag på ledningen. Detta är delvis kopplat till att den största delen av verksamheten sker under icke-kontorstid. Därför har också personalen ett större ansvar för att ta kontakt med barn och föräldrar när det händer något speciellt. Man har nyligen uppdaterat rutinerna för beredskapstelefonen som når enhetschef i beredskap dygnet runt.

Förbättringsmöjligheter, personal:

- *Utbildning.* Det ska vara tydligt vilken kompetens som efterfrågas vid rekrytering av personal, både tillsvidareanställda och vikarier. En kompetensutvecklingsplan eller motsvarande ska finnas.
- *Personalkontinuitet.* Verksamheten ska sträva efter att i så stor utsträckning som möjligt ha personal som arbetar mycket i verksamheten och som har

långsiktig anställningsform. Detta för att arbetet med utveckling ska möjliggöras, liksom att kontinuiteten för barnen ska säkras.

- *Mål.* Målen med verksamheten ska vara väl förankrade i personalgruppen.

4. Samverkan och samarbete

Verksamheten samarbetar med LSS-handläggare i samband med att barn kommer till verksamheten. Kontakten är relativt tät med tanke på att många nya barn har kommit under uppstarten.

I övrigt sker kontakterna framförallt med föräldrar, som ger information om vad personalen behöver veta runt barnen. Verksamheten samarbetar också till viss del med den andra korttidsverksamheten, Solskiftet. T ex har man gemensamma utbildningar och rutiner.

5. Uppföljning och utvärdering av verksamheten

Verksamheten har varit igång i snart två år. Man har utvecklat innehållet i verksamheten i takt med att behov uppstår när barnen kommit. Det finns inte mycket dokumenterat av vad verksamheten erbjuder, hur man utvärderar aktiviteter eller utvecklar utbudet.

Ingen intern uppföljning eller utvärdering av den egna verksamheten har gjorts som personalen känner till. Det sker ingen systematisk undersökning av vad barnen och föräldrarna tycker om verksamheten.

Det finns en verksamhetsplan som är gemensam med Solskiftets barn- och ungdomsverksamhet. Där finns vissa mål som Halo ska arbeta med under 2013, bland annat att utveckla mottagandet av nya barn, ta fram en värdegrund och att personalen ska bli ambassadörer för sin verksamhet. Detta arbete hade enligt personalen inte påbörjats under första kvartalet av året.

Förbättringsmöjligheter, uppföljning och utvärdering:

- *Uppföljning och utvärdering.* Trots att verksamheten är relativt nystartad har ingen intern utvärdering av innehållet i verksamheten gjorts. Detta är anmärkningsvärt med tanke på att kundunderlaget inte har utvecklats som förväntat och fler barn/familjer har tackat nej till insatsen på Halo. För att arbeta med vidare förbättring av verksamheten krävs ett strukturerat förhållningssätt vad gäller egenkontroll och utveckling.
- *Nöjdhet.* Det ska finnas ett systematiskt sätt för verksamheten att ta reda på vad barnen och föräldrarna tycker om verksamheten. Resultatet från detta ska användas i verksamhetens förbättringsarbete.

6. Fel & brister och synpunkter & klagomål

Rutiner finns för anmälan av missförhållanden (lex Sarah) och för synpunkter och klagomål i enlighet med produktionsförvaltningens dokument. Dessa är dock inte kända av personalen och används inte. Man har inte gått igenom rutinerna på t ex arbetsplatsträffar.

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.

7. Dokumentation

Genomförandet av insatser på Halo ska dokumenteras i genomförandeplan och löpande anteckningar. Varje barn har en pärm. Personalen arbetar inte i verksamhetssystemet Procapita.

Det saknas korrekta genomförandeplaner för barnen. Det finns grundläggande uppgifter, t ex kontaktuppgifter, och några barn har enstaka mål dokumenterade. Det går dock inte att följa hur verkställigheten är planerad eller vad som ska uppnås för varje barn.

Personalen för löpande anteckningar om barnens vistelse på Halo. De är av beskrivande karaktär, där aktiviteter dokumenteras. Man skriver också mycket om hur barnen mår och hur vistelsen har fungerat. Dessa beskrivningar innehåller många värdeladdade ord. Anteckningarna är långa och ostrukturerade och tjänar enligt personalen mest till att föra över information mellan arbetspass.

Förbättringsmöjligheter, dokumentation:

- *Genomförandeplaner.* Alla barn ska ha upprättade och aktuella genomförandeplaner. Barnen och deras föräldrar ska informeras om att de har rätt att läsa den dokumentation som förs om dem.
- *Löpande anteckningar.* Anteckningar som är av vikt för genomförandet av barnets insats ska föras. Dessa ska vara strukturerade, objektiva och kortfattade. Värdeladdade beskrivningar/omdömen får inte förekomma.

Granskning av hälso- och sjukvårdsrutiner på Halo den 9/4 2013

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har tillsammans med sakkunnig funktionshinder granskat Halo avseende rutiner för läkemedelshanteringen

Vid uppföljningsmötet medverkade enhetschef, samordnare, sakkunnig funktionshinder och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Det förekommer inte någon hälso- och sjukvård genom delegeringar. Det är barnens föräldrar som har ansvaret för barnens mediciner och som ger personalen medgivande att hjälpa barnen med sina mediciner.

Rutiner finns för informationsöverföring mellan föräldrar och enhetens personal, rutiner finns även för hur mediciner förvaras på enheten.

Österåkers kommun
Produktionsförvaltningen

Datum: 2013-06-03

Sara Eriksson
Socialförvaltningen

Handlingsplan Halo

Det finns några områden där åtgärder behöver genomföras. Dessa är att

- **Det ska finnas tydliga utbildningskrav på personal och kompetensutvecklingsplan eller motsvarande**

Enligt beställningen ska ”verksamheten bemannas med den personal som behövs för att uppfylla LSS intentioner. Detta gäller både mängd personal och utbildning.”

I Halos fall innebär det att vi letar efter personal med tidigare erfarenhet av NPF- diagnoser alternativt erfarenhet av barn med ”stora personligheter”. Önskvärd utbildning är barnskötare, socialpedagoger eller fritidspedagoger. I dagsläget har vi bland annat följande yrkeskategorier representerade: lärare, barnskötare och socionomstuderande.

Mycket stor vikt fästs vid personlig lämplighet samt tidigare erfarenhet då vi anställer.

Under höstens utvecklingssamtal kommer individuella kompetens- och utvecklingsplaner att tas fram. Social dokumentation och pedagogiskt arbete med kund är två områden som redan nu är inplanerad kompetensutveckling för all personal. HLR, ergonomi och hygien är andra verksamhetsövergripande, generella återkommande utbildningsinsatser.

- **Alla för verksamheten viktiga rutiner, t ex systemen som finns för att förbättra verksamheten (t ex Lex Sarah och synpunkter/klagomål), ska vara välkända för all personal och användas**

Under våren 2013 har ett stort arbete med att uppdatera och ta fram alla för, verksamheten viktiga, rutiner och riktlinjer gjorts. Vid varje APT ska avvikelser som hänt sen senaste möte gås igenom och eventuella åtgärder redogöras för samt sanktioneras i hela

personalgruppen. På så vis avser vi att öka kunskapen om rutinerna samt skapa utrymme för utveckling av vår verksamhet på ett mer organiserat och systematiskt sätt.

Hela affärsområdet Vård och Omsorg ser även över möjligheten att göra avvikelse hanteringen via webben. Det är ett påbörjat utvecklingsarbete som vi hoppas kunna testa i skarpt läge hösten 2013.

- **Alla deltagare ska ha genomförandeplaner**

Alla barn på Halo har genomförandeplaner. Genomförandeplanen påbörjas vid första besöket efter att ett barn fått en insats hos oss beviljad. Vi låter numera ungdomarna själva vara med och sätta målen för sin vistelse hos oss. Det innebär att det ibland kan ta tid innan målen för vistelsen är satta, en del ungdomar vill heller inte ha några mål. Då är målet med vistelsen det samma som det övergripande målet för verksamheten ”en meningsfull fritid och” om inget annat angetts i beslutet från bistånd.

Under 2013 ska genomförandeplanerna in i verksamhetssystemet ProCapita. All dokumentation ska ske där.

- **Nöjdheten hos ungdomarna och föräldrarna ska systematiskt undersökas och användas i förbättringsarbete**

2012 genomfördes en kvalitetsmätning med god svarsfrekvens. Enkäten besvarades då av kundernas anhöriga. Enkäten visade att man var mycket nöjd med insatsen som helhet, men visade också att Kontaktmans funktionen behövde utvecklas och förtydligas. 2013 års mätning kommer att kompletteras med en enkät som riktar sig direkt till barnen/ungdomarna. I arbetet med att formalisera ledningssystemet för kvalitet inom vård och omsorg ingår även att skapa en affärsområdes gemensam kvalitetsmätning som gör det möjligt att göra jämförelser mellan de olika enheterna.

- **Målen med verksamheten ska vara väl förankrade i personalgruppen**

Ingen annan insats inom LSS har ett lika roligt uppdrag som personalen på Halo. Målet är en meningsfull sysselsättning och roliga aktiviteter. Det är att erbjuda trygghet för ungdomarna och fungera som en avlastning för föräldrar och möjliggöra deras vardag. Framtagande av verksamhetsplanen skedde i dialog med medarbetarna och varje medarbetare har fått 2013 års verksamhetsplan i sin hand. Målen förs, med anledning av nämnd avvikelse, över i APT dagordningen som en ständig påminnelse om syftet med verksamheten.



Tove N Eriksson

Verksamhetschef vård och omsorg

Granskning av Knopen daglig verksamhet (LSS)

Verksamhet: Knopen daglig verksamhet, Smedbyvägen 2 Åkersberga

Huvudman: Österåkers kommun

Sammanfattning

Verksamheten som bedrivs vid Knopen daglig verksamhet uppfyller till stor del de krav som ställs enligt gällande lagstiftning. Det finns några områden där åtgärder behöver genomföras. Dessa är att

- det ska finnas tydliga utbildningskrav på personal och kompetensutvecklingsplan eller motsvarande
- nöjdheten hos deltagarna ska systematiskt undersökas och användas i förbättringsarbete
- systemen som finns för att förbättra verksamheten, t ex Lex Sarah och synpunkter/klagomål, ska vara välkända för all personal och användas
- alla deltagare ska ha genomförandeplaner

Ansvarig chef har lämnat in en handlingsplan för hur verksamheten avser att åtgärda bristerna som finns. Denna följs upp genom kontakt med verksamheten efter sex månader. Utöver dessa områden finns andra förbättringsmöjligheter som är redovisade nedan.

Bakgrund, syfte och metod

Produktionsstyrelsen driver daglig verksamhet enligt LSS på Knopen. 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 (2013-03-04)
- intervju med enhetschefen (2013-03-05)
- intervju med personal (2013-03-07)
- 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

Knopen daglig verksamhet ligger på Smedbyvägen i Åkersberga, cirka 1 km från centrum. Lokalen ligger i ett område med industribyggnader i närheten av bostadsbebyggelse och kommunikationer. Verksamheten finns i två hus. Det ena har två våningar, med matsal, kök, verksamhetsrum och personalutrymmen. Det andra huset fungerar som en verkstad och ett snickeri. Båda husen är tillgängliga för personer med rörelsehinder.

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

Verksamheten är diversifierad och har i dagsläget 37 deltagare. Exempel på sysselsättning är monteringsarbete, matlagning, kreativ verksamhet (lera, textil, målning, träsniderier), dataarbete, media, snickeri och vedhantering. Viss verksamhet bedrivs utanför själva verksamheten, i form av t ex caféverksamhet och servicearbeten.

Verksamheten är öppen helgfria vardagar året runt. Öppettiderna varierar med efterfrågan, men organiserad verksamhet sker oftast mellan 8.30 och 15.30. Det är dock vanligt att deltagare är på plats både tidigare och senare än så. Man lagar lunch som en del i verksamheten, och deltagarna kan välja om de ska äta av denna till ett pris av 30 kr eller om man vill ha med egen matlåda. Man fikar på förmiddagen och eftermiddagen.

Knopens 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.

Knopens mål är

”Att alla som kommer till oss ska ha en sysselsättning som känns stimulerande, utvecklande och meningsfull”.

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 förfogar över relativt sett stora lokaler och personalen är nöjda med de möjligheter till olika aktiviteter som finns. Knopen har utökat sina lokaler när intilliggande verksamhet flyttat. Lokalerna är i gott skick och anpassade för personer med rörelsehinder. Det finns möjlighet att arbeta ensam eller i mindre grupper beroende på önskemål och behov.

Personalen upplever att de får tillgång till det material och den utrustning som behövs för att kunna skapa meningsfull sysselsättning.

2. Deltagare

Det är i dagsläget 37 deltagare på Knopen. Antalet deltagare varierar över tid och det finns kapacitet för att ta emot fler. Verksamheten drivs mellan 8.30-15.30, men är öppen och bemannad 7-17 eller längre om det behövs. Verksamheten är öppen även på sommaren men utbudet på aktiviteterna minskar då många av deltagarna tar semester.

Verksamheten utformas efter deltagarnas behov och önskemål. Deltagare planerar sina aktiviteter tillsammans med kontaktpersonen och ibland den arbetsterapeut som finns i verksamheten. Det finns ett utbud av aktiviteter som är relativt stabilt, men man försöker också erbjuda nya alternativ. Det är ibland svårt för deltagare att önska sig aktiviteter om de inte får alternativen beskrivna för sig.

Personalen vill utöka deltagarnas inflytande över verksamheten och planerar att starta brukarråd. Där ska deltagarna kunna ta upp frågor som rör deras sysselsättning och påverka utformningen av den. Deltagarna kan också påverka via sina genomförandeplaner. Ingen strukturerad undersökning av nöjdhet görs.

Mycket kontakt sker med deltagarnas anhöriga. Knopen strävar efter att vara en öppen verksamhet där alla är välkomna, både fysiskt och vad gäller åsikter och frågor.

Knopen är därmed en rörlig verksamhet, det kommer och går deltagare, praktikanter, besökare och anhöriga i lokalen. Personalen uppfattar att det fungerar bra, deltagarna är vana vid att träffa olika personer. Ett förbättringsområde som personalen ser är dock att vara tydligare i sin information till deltagarna om t ex planerade studiebesök.

Man lagar lunch på Knopen, som en aktivitet. Det finns ett fullt utrustat och godkänt kök där deltagare och personal samarbetar. Deltagarna kan välja om man äter lunchen eller har med sig egen lunch. Personalen har fokus på kost och motion. Flera aktiviteter i veckan är friskvårdsaktiviteter.

Förbättringsmöjligheter, deltagare:

- *Nöjdhets.* 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

Bemanningen på Knopen varierar och anpassas efter hur många deltagare som finns. I dagsläget arbetar 11 personal på Knopen. Detta bedöms av enhetschefen vara något för lite, och en nyrekrytering planeras. Överlag bedömer både personal och enhetschef att det har funnits lagom mycket personal för att tillgodose deltagarnas behov av en meningsfull sysselsättning.

Några av deltagarna har personliga assistenter med sig till daglig verksamhet. Samarbetet med dessa fungerar enligt personalen bra och assistenterna deltar på ett naturligt sätt i aktiviteter.

De krav som ställs vid rekrytering av personal varierar. Det finns ingen fastställd kompetensprofil. Enhetschefen menar att kompetens både inom omsorg och inom det kreativa området behövs. En kompetensutvecklingsplan är under framtagande. Ingen regelbunden handledning genomförs. Personalen önskar att handledning fanns så att de kan prata om och få stöd i situationen runt vissa deltagare. Man pratar aktivt kring situationer som rör hot och våld och tänker förebyggande.

De rutiner som ska finnas i en verksamhet av denna typ finns, i stor utsträckning tack vara produktionsförvaltningens allmänna rutiner. Dessa bedöms dock inte vara fullt ut kända i hela personalgruppen, och de går inte igenom regelbundet. Det genomförs få chefsledda möten.

Enhetschefen har ansvar för Knopen och ytterligare tre verksamheter. Detta gör att enhetschefen inte är närvarande i så hög grad. Enhetschefen har inte en formell högskoleutbildning. Personalen upplever att de får stöd när de efterfrågar det men att de önskar att enhetschefen var i verksamheten mer tid. Det finns ingen samordnare. Flera ansvarsområden är fördelade till olika personal, och det finns en arbetsterapeut som är resurs för både Knopen och andra verksamheter och som arbetar med vissa övergripande frågor, t ex planering av aktiviteter och genomförandeplaner.

Förbättringsmöjligheter, personal:

- *Utbildning.* Det ska vara tydligt vilken kompetens som efterfrågas vid rekrytering av personal, både tillsvidareanställda och vikarier. En kompetensutvecklingsplan eller motsvarande ska finnas.

4. Samverkan och samarbete

Verksamheten planeras av personalen tillsammans. Man har en del kontakt med de boenden där deltagarna bor, men i begränsad omfattning och enbart när det

behövs. När deltagarna bor hemma hos sina föräldrar, sker mer tät kontakt med hemmet.

Personalen bedömer att samarbetet med LSS-handläggarna fungerar bra, men önskar beställningar med tydligare mål.

En del samarbete sker också med andra aktörer i samhället, då i syfte att t ex ordna arbetsplatser och arbetsuppgifter för deltagarna. Exempel är företag, äldreboenden och förskolor.

5. Uppföljning och utvärdering av verksamheten

Enligt personalen arbetar man aktivt för att berika verksamheten ytterligare med flera meningsfulla aktiviteter. Vid dokumentation av aktiviteter framgår att man planerar dem utifrån att de ska ha ett meningsfullt syfte för deltagarna.

Enligt verksamhetsplanen är fokus under året att utveckla dokumentation och förhållningssätt hos personalen. Just dokumentation arbetar verksamheten koncentrerat med, med tyngdpunkt på genomförandeplaner.

Personalen upplever att de ständigt arbetar med förbättringar. Dessa dokumenteras dock inte i enlighet med vad föreskriften om ledningssystem för kvalitet kräver. Inte heller dokumenteras om verksamheten genomför någon typ av egenkontroll för att säkerställa kvaliteten.

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 finns för anmälan av missförhållanden (lex Sarah) och för synpunkter och klagomål finns i enlighet med produktionsförvaltningens dokument. Dessa är dock inte kända av personalen och används inte. Man uppger att deltagare och föräldrars synpunkter ständigt beaktas, men detta dokumenteras inte.

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

Det pågår i verksamheten ett utvecklingsarbete runt genomförandeplaner. Nyckelpersoner har utbildats och detta ska spridas till övriga personalgruppen. Det finns en strategi där ledningen på ett systematiskt sätt visar helheten och syftet med dokumentation och genomförandeplaner.

Alla deltagare har inte genomförandeplaner i dagsläget. Kontaktpersonen ansvarar för upprättandet av planen, men får också stöd av arbetsterapeut. Deltagarna är inte medvetna om att de får läsa den dokumentation som förs om dem.

Förbättringsmöjligheter, dokumentation:

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



Granskning av hälso- och sjukvårdsrutiner på Knopen daglig verksamhet den 8/3 2013

Bakgrund

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

De uppgifter som fullgörs av medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen ska även omfatta gruppboenden, stöd- och serviceboende och dagliga verksamheter, det innebär att *Riktlinjer för hälso- och sjukvård i Österåkers kommun* ska följas på dessa verksamheter.

Metod

Ett formulär med frågor om hälso- och sjukvård skickas till enheten och en tid för uppföljningsmöte bokas. Frågeunderlaget besvaras av personal på enheten och skickas åter. Vid uppföljningsmötet medverkade enhetschef, två personal från enheten, sakkunnig funktionshinder och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Organisation och samarbete

Riktlinjer för hälso- och sjukvård i Österåkers kommun finns i verksamheten.

Om de personer som vistas på verksamheten har behov av hälso- och sjukvård finns rutiner för rapportering mellan verksamheter.

Rutiner finns för hur och när personal kontaktar hälso- och sjukvården både vid akuta och icke akuta händelser.

Läkemedelshantering

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering ska följas. Medicinskt ansvarig sjuksköterskas instruktion för läkemedelshantering finns på enheten.

De läkemedel som förekommer på enheten förvaras i låst skåp och med tydlig märkning av den enskildes mediciner. De mediciner som förvaras på enheten är endast vidbehovsmediciner. Rutiner finns för hur hälso- och sjukvården kontaktas när vidbehovsmediciner kan behöva ges. Överlämnat läkemedel signeras på signeringslista.

Delegering

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter ska följas. Inom enheten delegerar personal som arbetar under annan huvudman till personal i kommunen. Detta innebär att arbetsledningen hos respektive huvudman ska samarbeta..

Hälso- och sjukvårdsuppgifter delegeras skriftligt, utbildning och kunskapstest genomförs innan delegering ges.

Avvikelsehantering

Rutiner för avvikelsehantering finns på enheten.

Hygien

Personalen har kunskap om basala hygienrutiner, viss skyddsutrustning finns på enheten som handskar och handsprit.

Köksförkläden används vid matlagning och rutiner för hantering av livsmedel finns.

Sammanfattning

Det finns rutiner för den hälso- och sjukvård som förekommer på enheten.

Handlingsplan Knopen Dv.
Svar på granskning 2013-03-07.

	Åtgärd	Vem ansvarar?	Klart när?
Utbildningskrav och kompetensutvecklingsplan	<ul style="list-style-type: none"> - En kravspecifikation som ska användas som grund vid nyrekrytering ska upprättas i samråd med personalenheten/fack. -Fritidspedagog, Hantverkspedagog, specialpedagog . -På Knopen DV finns även behov av personal med andra kompetenser / förmågor tex snickare , musiker och konstnärer. - Alla medarbetare ska ha en kompetensutvecklingsplan efter 2013 års medarbetarsamtal. 	Enhetschef	<p>-Hösten 2013</p> <p>-September 2013</p>
Nöjdhet hos kunder	<ul style="list-style-type: none"> - Kundundersökning är planerad i höst. - Skall framgå i genomförandeplan. - Brukarråd. 	Enhetschef Arbetsrapport Personal	-Hösten 2013
Förankring av system/rutiner	<ul style="list-style-type: none"> - Återkommande genomgång på P-möten . - En skrift till varje personal som på ett enkelt men grundligt sätt redogör för de rutiner som styr oss. - Punkt på medarbetarsamtal 	Enhetschef Personal	-Hösten 2013
Genomförandeplaner	<ul style="list-style-type: none"> - Ska upprättas snarast och sedan uppdateras/förbättras vid uppföljningar minst en gång per år 	Enhetschef Arbetsrapport Kontaktperson	Hösten2013

	<ul style="list-style-type: none">- I 2013 verksamhetsplan finns som mål att utbilda personal , samt att skapa hållbara rutiner för dokumentation och genomförandeplan. Vi har under våren haft föreläsning och Workshop, samt att ett flertal från personalen varit på utbildning i Social dokumentation.. Så vi är på god väg.		
--	--	--	--

2013-06-04 Lars Forseth, enhetschef Knopen daglig verksamhet (LSS)

8.

**Rutin för uppföljning av verksamheter
inom vård och omsorg**

Socialförvaltningen
Sara Eriksson

Tjänsteutlåtande

2013-05-28

Dnr VON 2013/0043-749

Till Vård- och omsorgsnämnden

Rutin för uppföljning av verksamheter inom vård och omsorg**Förslag till beslut****Vård- och omsorgsnämnden beslutar att**

Godkänna rutin för uppföljning av verksamheter inom vård och omsorg

Redogörelse för ärendet

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att beställa och upphandla verksamheter inom vård och omsorg i Österåkers kommun. Nämnden tecknar avtal med externa leverantörer och gör beställningar till kommunens egen regi, Produktionsstyrelsen.

Vård- och omsorgsnämnden har antagit ett ledningssystem för kvalitet. I det står bland annat att nämnden ska säkerställa att verksamheter inom nämndens ansvarsområde håller den kvalitet som krävs enligt lag. Ett sätt att säkerställa detta är att följa upp verksamheter.


Förvaltningens slutsatser

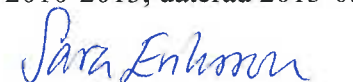
Verksamheter följs upp av sakkunniga inom äldreomsorg och funktionshinder och av medicinskt ansvarig sjuksköterska. Utöver det sker uppföljningar av individers insatser av biståndshandläggare. I rutinen finns aktiviteter och frekvens för dessa aktiviteter beskrivna. Det finns också en bilaga med en redovisning av de fördjupade uppföljningar som är genomförda de senaste tre åren.

Bilagor

Bilaga 1 Rutin för uppföljning av verksamheter inom vård och omsorg, daterad 2013-05-28

Bilaga 2, Genomförda fördjupade uppföljningar 2010-2013, daterad 2013-05-28


Anne Simmasgård
Socialchef


Sara Eriksson
Sakkunnig funktionshinder

2013-05-28

Rutin för uppföljning av verksamheter inom vård och omsorg

Bakgrund och kvalitet

Vård- och omsorgsnämnden har antagit ett ledningssystem för kvalitet baserat på bestämmelserna i Socialstyrelsens föreskrift Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). I nämndens kvalitetsledningssystem konstateras bland annat att nämnden ska ha system för kontroll av verksamheter för att säkra kvaliteten i den omsorg som nämnden ansvarar för.

I SOSFS 2011:9 definieras kvalitet enligt följande:

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

I reglementet för Vård- och omsorgsnämnden anges att nämnden bland annat har som uppgift att:

- bedöma behovet av vård och omsorg samt verka för ett allsidigt och varierat utbud med hög kvalitet som tillgodoser vårdtagarens och anhörigas önskemål om vård och omsorg
- tillse att kommuninvånarna enkelt kan tillgodogöra sig information om utbudet (mål, uppföljning och utvärdering)
- svara för kommunens granskning och uppföljning av utförare av vård- och omsorgsverksamhet i enlighet med fastställda tillämpningsföreskrifter.

De lagstiftningar som styr verksamheten som Vård- och omsorgsnämnden har ansvar för är socialtjänstlagen (SoL), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I samtliga lagar finns bestämmelser om att verksamheten ska vara av god kvalitet och att kvaliteten ska utvecklas och säkras.

Underlag för uppföljningar återfinns både i lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd samt kommunens egna styrdokument. För upphandlade verksamheter utgör avtal och förfrågningsunderlag underlag för uppföljningar och granskning. För verksamheter som drivs av Österåkers kommuns Produktionsstyrelse finns motsvarande beställningar.

I denna rutin beskrivs hur Vård- och omsorgsnämnden följer upp verksamheter som nämnden är ansvarig för.

Vilka verksamheter följs upp?

- Den kommunala Produktionsstyrelsens verksamheter, såväl anslags- som prestationsfinansierad, som drivs enligt beställning av Vård- och omsorgsnämnden
- Verksamheter vars drift är upphandlad enligt lag om offentlig upphandling (LOU)
- Verksamheter upphandlade enligt lag om valfrihetssystem (LOV)
- Verksamheter upphandlade enligt LOU med ramavtal

De verksamheter som omfattas är särskilt boende för äldre, hemtjänst, dagverksamheter (öppna och biståndsbedömda), träffpunkter och andra anslagsfinansierade uppdrag, boendestöd, tillhandahållande av kontaktperson, bostäder för personer med funktionsnedsättning, dagliga verksamheter och sysselsättning, korttidsvistelse, korttidstillsyn, ledsagning och avlösning.

Metoder för uppföljning

Samverkansmöten

- Medicinskt ansvarig sjuksköterska har hälso- och sjukvårdsmöten fyra gånger per år med enhetschefer vid särskilda boenden för äldre gemensamt.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska, sakkunnig för äldreomsorg och enhetschef för biståndsenheten har samverkansmöten fyra gånger per år med utförarna för särskilt boende och dagverksamhet gemensamt.
- Sakkunnig för äldreomsorg och enhetschef för biståndsenheten har samverkansmöten fyra gånger per år med utförarna inom hemtjänst gemensamt.
- En gång per år träffar sakkunnig för äldreomsorg respektive utförare inom hemtjänst individuellt.
- En gång per år träffar sakkunnig för funktionshinder och enhetschef för biståndsenheten utförarna inom LSS-verksamheter och verksamheter inom socialpsykiatri gemensamt.
- En gång per år träffar sakkunnig för funktionshinder utförarna inom LSS-verksamheter och verksamheter för personer med psykiska funktionsnedsättningar individuellt.
- Sakkunniga, medicinskt ansvarig sjuksköterska och enhetschef för biståndsenheten träffar verksamhetschef för vård och omsorg (äldreomsorg och funktionsnedsättning) inom produktionsförvaltningen fyra gången per år.
- Individuella beslut inom Sol och LSS följs upp av biståndshandläggaren årligen.
- Ytterligare möten bokas vid behov

Årlig inlämning av uppgifter

Årligen lämnar utförarna in verksamhetsplan för kommande år och verksamhetsberättelse för det gångna året, liksom patientsäkerhetsberättelse där det är aktuellt. I verksamhetsplanen redovisas bland annat plan för utveckling och kvalitetshöjande åtgärder. I verksamhetsberättelsen redovisas bland annat genomförda förbättringar och resultat från kundundersökningar om nöjdhet.

Avtalsuppföljning

Varje år genomför upphandlingsenheten avtalsuppföljning med leverantörer som har avtal enligt LOV eller LOU. Då kontrolleras att avtalsvillkor följs och att leverantören uppfyller krav på ekonomisk stabilitet. Sakkunnig och medicinskt ansvarig sjuksköterska från socialförvaltningen inbjuds av upphandlingsenheten att delta och inhämtar information från biståndshandläggarna.

Fördjupad uppföljning

Vart tredje år görs en planerad fördjupad uppföljning hos utförarna i såväl anslagsfinansierad som prestationsfinansierad verksamhet inom äldreomsorg och inom omsorgen för personer med funktionsnedsättning. Även LOV-utförare vars kunder till minst en tredjedel består av Österåkersbor får genomgå en fördjupad uppföljning.

Uppföljningen görs vid besök i verksamheten. Frågor ställs till ledning och personal. Information inhämtas från biståndshandläggare. Dessutom kan synpunkter från den enskilde och eventuellt anhörig inhämtas på lämpligt sätt. Uppföljningen genomförs utifrån en checklista med frågor som rör verksamhetens delområden och redovisas till Vård- och omsorgsnämnden i form av en rapport. Om verksamheten inte uppfyller krav enligt lag och avtal/beställning begärs en handlingsplan in som även den redovisas till nämnd tillsammans rapporten.

Uppföljning kan också göras på förekommen anledning, exempelvis vid ett allvarligt klagomål. Det kan ske via ett så kallat oanmält besök. Det kan också genomföras på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden eller om en specifik fråga ska följas upp. Exempel på specifika frågor kan vara nattbemanning eller dokumentation.

Brukarundersökningar

Utöver de brukarundersökningar som utförarna gör genomför socialförvaltningen brukarundersökningar till enskilda. Dessa kan göras genom enkäter genomförda av Socialstyrelsen eller Sveriges kommuner och landsting. Undersökningar genomförs vartannat eller vart tredje år beroende på område.

Synpunkter och klagomål samt missförhållanden

Synpunkter och klagomål som handläggs i verksamheterna redovisas per halvår till förvaltningen. Allvarligare klagomål meddelas förvaltningens sakkunniga direkt och löpande (redovisas till nämnd). Utförarna ska omedelbart informera socialförvaltningen om rapporterade missförhållanden (lex Sarah).

Hälso- och sjukvård

Medicinskt ansvarig sjuksköterska genomför vartannat år en uppföljning av hälso- och sjukvården på särskilt boende (Qusta). Vartannat år sker en granskning av dokumentationen inom hälso- och sjukvård.

Varje år ska vårdgivarna upprätta en patientsäkerhetsberättelse som ska finnas tillgänglig på verksamheten den 1 mars.

Utöver ovanstående görs årliga trycksårsmätningar, infektionsregistrering och registrering i nationella kvalitetsregister. Antalet avvikelser inom HSL redovisas i verksamhetsberättelsen.

Biståndshandläggarens individuella uppföljning

Biståndshandläggarna har ansvar för planering och uppföljning av insatser till enskilda. Beslut om insatser ska följas upp varje år. Handläggarnas erfarenheter tas vid fördjupade uppföljningar tillvara genom intervjuer och samtal.

Översikt

	Samverkans- möten	Synpunkter & klagomål, Enkäter	Avtals- uppföljning	QUSTA	Årlig inlämning	Fördjupad uppföljning	Individuell uppföljning
Åldreomsorg							
Kommunala verksamheter	X	X		X	X	X	X
Anslagsfinansierade verksamheter	X	X			X	X	
Entreprenader LOU	X	X	X	X	X	X	X
LOV	X	X	X		X	X	X
Ramavtal LOU			X				X
Funktionshinder							
Kommunala verksamheter	X	X			X	X	X
Anslagsfinansierade verksamheter	X	X			X	X	
Entreprenader LOU	X	X	X		X	X	X
LOV	X	X	X		X	X	X
Ramavtal LOU			X				X

Vård- och omsorgsnämndens fördjupade uppföljningar av verksamheter 2010 - 2013

Uppföljningar (enbart nu aktuella utförare)

	2010	2011	2012	2013	Planerad 2014
Äldreomsorg					
Enebacken SÄBO	x		x (Q)*	x	
Vårdbo SÄBO	x		x (Q)*	x	
Solskiftet SÄBO	x	x (oanmält)	x (Q)* x (oanmält)	x	
Alceahuset korttidsenhet		x	x (Q)*	x	
Vårdbo Dagverksamhet		x			x
Hörnan Dagverksamhet	x				x
Olivia hemtjänst	x			x	
Österåkers kommuns hemtjänst	x (2009)			x	
Hemtjänstkompaniet (Carnovo) hemtjänst				x	
RO omsorg hemtjänst					x
Fyren, träffpunkter					x

x(Q) avser enbart Qusta-granskning. När fördjupad uppföljning genomförs i SÄBO ingår Qusta.

Funktionshinder	2010	2011	2012	2013	Planerad 2013	Planerad 2014
Malvavägen LSS servicebostad	x	x	x			x
Norrgårdsvägen LSS servicebostad	x					x
Ljusterö LSS gruppobostad	x					x
Skonaren LSS gruppobostad	x					x
Runö LSS servicebostad	x					x
Skånsta LSS gruppobostad		x				x
Planett LSS gruppobostad		x				
Bergsättra LSS gruppobostad		x				
Norrgårdsvägen 35 LSS gruppobostad		x				
Oppsättra LSS gruppobostad			x			
Smedby LSS gruppobostad			x			
Åkerspark LSS gruppobostad			x			
Solskiftet LSS korttidsvistelse och korttidstillsyn				x		
Halo LSS korttidsvistelse och korttidstillsyn				x		
Knopen LSS daglig verksamhet				x		
Sågen LSS daglig verksamhet				x		
Nätet LSS daglig verksamhet				x		
Ilse LSS daglig verksamhet/SoL dagverksamhet					x	
Kanalhuset SoL dagverksamhet					x	
Boendestöd SoL (LSS?)					x	
Ruffen träffpunkt SoL					x	
Ledsagning, avlösning, kontaktperson LSS och SoL					x	

10.

**Svar på motion om strategi för samverkan
genom styrning, tydliga politiska direktiv
och struktur kring barn som far illa**

Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen

Datum 2013-06-04

Dnr VON 2013/0046-101 (1)

Till Vård- och omsorgsnämnden

Svar på motion om strategi för samverkan genom styrning, tydliga politiska direktiv och struktur kring barn som far illa

Sammanfattning

Marie Wengse (RP) och Gunilla Ysberg (RP) väckte 25 augusti 2011 en motion i Kommunfullmäktige om en strategi för samverkan genom styrning, tydliga politiska direktiv och struktur kring barn som far illa. Ärende återremitterades på KF i mars 2012 med motiveringen att motionären vill få en presentation av de strategier och arbetsmodeller som finns. Berörda nämnder ombeds att yttra sig.

Beslutsförslag

Vård- och omsorgsnämnden föreslår Kommunstyrelsen besluta

Motionen anses besvarad med hänvisning till att det ingår i Trygg i Österåkers uppdrag att identifiera, organisera och ta fram arbetsmodeller för samverkan mellan kommunens förvaltningar, externa myndigheter, frivillig organisationer m.fl. Trygg i Österåker har barn och ungdomar som ett av sina prioriterade fokusområden.

Bakgrund

Motionärerna har lämnat förslag på hur samverkan kring förebyggande insatser bör utvecklas vad avser barn som far illa.

Förvaltningens slutsatser

Samverkansinsatser för utsatta barn pågår på flera områden via Barnahus, Maria Ungdom m.fl. Österåkers kommun har skrivit under länsövergripande BUS-överenskommelsen, samverkan kring barn i behov av särskilt stöd. Socialförvaltningen deltar aktivt i den lokala samverkansgruppen och en lokal överenskommelse och rutiner för samverkan mellan socialtjänst, förskola, skola och landstingets verksamheter är under framtagande.

Sedan motionens väcktes har man återupptagit arbetet i TiÖ (Trygg i Österåker) vars ett av de prioriterade fokusområdena är det förebyggande och främjande arbetet kring barn och ungdomar. Under 2013 kommer en handlingsplan att tas fram där man lyfter fram tidiga insatser mot barn som far illa. Den kommer att innehålla syfte, mål, tillvägagångssätt, tidplan, samverkanspartners, förväntad effekt, metod för uppföljning, ansvarig samt informationsstrategi. En arbetsgrupp kommer att tillsättas.



Anne Simmasgård

Socialchef



2011-08-24

Motion

Strategi för samverkan genom styrning, tydliga politiska direktiv och struktur

Att förebyggande arbete och samverkan är samhällsekonomiskt lönsamt råder det inga tveksamheter kring. En väl fungerande samverkan kräver engagemang och tydlig styrning på alla ledningsnivåer, inte minst på den politiska nivån. En framgångsrik samverkan kräver också struktur när det gäller mål, målgrupp, yrkesroller, rutiner och utvärdering.

Alla är medvetna om att vi måste samverka och samordna resurser för att nå bästa resultat, likväl är murarna höga mellan de kommunala förvaltningarna och mellan kommunens förvaltningar och andra myndigheter och organisationer. Svårigheter att få en fungerande samverkan är ett problem som delas av fler kommuner och organisationer och som ett stöd i arbetet för att skapa ett fungerande arbetssätt har Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen gett ut rapporten "Strategi för samverkan". Denna rapport ligger till grund för följande förslag.

Definition av begreppet samverkan

Det råder en del förvirring gällande termer och begrepp som används i de sammanhang då dessa frågor diskuteras. Samarbete, samordning, tvärprofessionellt arbetet och samverkan är exempel på termer som används i dessa sammanhang. I det nedanstående används endast begreppet samverkan och i meningen:

"någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och/eller kunskaper till en uppgift som man gemensamt har att genomföra"

Det kanske viktigaste för en framgångsrik samverkan är slutorden i ovanstående mening; **"... en uppgift som man gemensamt har att genomföra."**

Vad ska vi samverka om? Samverkan kring förebyggande arbete inom kommunen kan göras inom många olika områden. Denna motion är inriktad på samverkan kring förebyggande arbete riktat mot barn och unga som far illa. Utgångspunkten för att bedöma vilka barn som ingår i denna målgrupp är risk- och skyddsfaktorer som finns hos barnet självt, i familjen, i närmiljön och på samhällsnivå.

Varför ska vi samverka?

Genom samverkan ska insatser kunna sättas in i ett tidigt skede då de blir mindre kostsamma, både ur samhällets och ur de enskilda barnens perspektiv. Samverkan ska också bidra till en helhetssyn i bedömning av insatser. Med helhetssyn menas barnets/ungdomens hemsituation, relationer, skolsituation, fritid samt fysiska och psykiska hälsa ska ses i ett sammanhang, där de olika delarna påverkar varandra.

Lagstadgad skyldighet att samverka

Enligt förvaltningslagen § 6 har myndigheter en skyldighet att samverka, inte bara med andra myndigheter, utan även med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Det innebär exempelvis att fritids- och kultursektorn, ideella organisationer samt andra offentliga och privata företrädare för olika samhällsintressen kan behöva omfattas av samverkan.

25/8	25/8
KÄNNEDOM	KÄNNEDOM
KFO	KFO
KF-sek	KF-sek
REMISS	REMISS
HANDLÄGGNING	HANDLÄGGNING

Utmaningar för en framgångsrik samverkan

Problem och hinder

Det finns många hinder till att samverkan inte fungerar tillfredsställande. Hindren kan vara av kulturell, strukturell och psykologisk art. De strukturella hindren kan t ex vara olika regelsystem, administrativa gränsdragningar, budgetar och ansvarsområden. De kulturella hindren hänger samman med de strukturella på så sätt att regelsystemen kan leda till olika sätt att se på eleven, klienten, den misstänkte, osv. Detta förstärks av olika utbildningsbakgrund, språkbruk, attityder och värderingar som försvårar samverkan. De psykologiska hindren kan utgöra revirbevakande beteende hos chefer och bland professionella, personmotsättningar som bland annat grundar sig i statusfrågor samt att samverkan inte upplevs som ömsesidigt fördelaktigt. Andra hinder för samverkan kan vara avsaknad av tydliga politiska direktiv, stor arbetsbelastning, vagt formulerade mål och utvärderingar samt bristande helhetssyn.

Samsyn

En gemensam problemförståelse och gemensamma mål är grunden för en väl fungerande samverkan. Några förutsättningar är att de som ska samverka har;

- Gemensam syn på "samhällsupdraget"
- Gemensam bild av vad som ska vara i fokus för samverkansarbetet
- Tydliga kriterier om vem som gör vad

Motivation, förtroende och god kommunikation

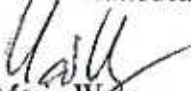
Den viktigaste motivationen för samverkan är att alla inblandande tydligt ser en ömsesidig nytta, att samverkan effektiviserar arbetet och att eleven/klienten får bästa möjliga bemötande och insats. En viktig faktor är god kommunikation som är förutsättning för att skapa ett gemensamt synsätt, tydliggöra roller och arbetssätt som i sin tur skapar förtroende.

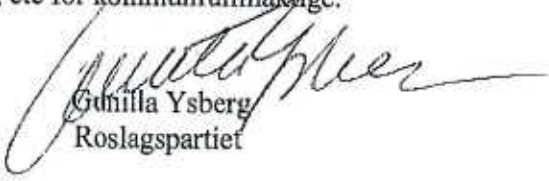
Styrning, tydliga politiska direktiv och struktur

Att förebyggande arbete och samverkan är samhällsekonomiskt lönsamt råder det inga tveksamheter kring. En väl fungerande samverkan kräver engagemang och tydlig styrning på alla ledningsnivåer, inte minst på den politiska nivån. En framgångsrik samverkan kräver också struktur när det gäller mål, målgrupp, yrkesroller, rutiner och utvärdering.

Strategi för att gå vidare...

1. Gemensamt möte med presidierna i Produktionsstyrelsen, Kultur och Utbildningsnämnden, Vård och Omsorgsnämnden samt Socialnämnden för att få politisk förankring för fortsatt arbetet.
2. Gemensamma arbetsmöten med förvaltningscheferna, för ovanstående nämnder och polis som bland annat syftar till att kartlägga befintliga samverkansprojekt, behov för ytterligare samverkansprojekt och skapa förutsättningar och motivation för effektiv samverkan.
3. Presentera en arbetsmodell kring samverkan innehållande målbeskrivning, arbetsmodeller, utvärderingsmodell, tidplan, etc för kommunfullmäktige.


Marie Wengse
Roslagspartiet


Gudilla Ysberg
Roslagspartiet

11.

**Inkomna Lex Sarah-rapporter under
perioden 2013-05-29 – 2013-06-10**



Österåker

SOCIALFÖRVALTNINGEN

ÖSTERÅKERS KOMMUN Vård- och omsorgsnämnden	
2013 -06- 03	
Dnr VON 2013/0024-718	Pnr 871200

2011-07-21

(4)

ÖSTERÅKERS KOMMUN Vård och omsorg 2013 -05- 30
--

Rapport om missförhållanden, lex Sarah

Denna blankett används för rapport om missförhållanden enligt 14 kap 3 § socialtjänstlagen och 24 b § LSS, lex Sarah.

Den enskildes namn	
Personnummer	
Adress	Gällande väntetid för installation av nya larm, flertalet kunder.
Telefon	
Rapportörens namn:	Sanne Ququist & Mathilda Hammar Orlov
Befattning:	Biståndshandläggare.
Arbetsenhet:	Biståndsenheten plan 3
Adress:	Hackstavägen 22, 18486 Åkersberga.
Telefon:	Sanne 0854081035 Mathilda 0854081463
Datum för anmälan:	130530

Bilaga till Lex Sarah-anmälan

Vi har under en tid observerat att nya kunder som fått beslut om trygghetslarm får vänta flertalet dagar på att larmanordningen ska installeras i bostaden. Vi på biståndsenheten har fått direktiv att ett nytt larm ska installeras (verkställas) inom cirka tre dagar. Ett flertalet personer har den senaste tiden inte fått larmanordningen installerad inom denna tidsram.

Vår upplevelse är att en ansökan om trygghetslarm ofta föranleds av någon incident där den enskilde upplevt otrygghet exempelvis att den enskilde nyligen ramlat i bostaden och då haft svårigheter att kunna ta sig upp, i samband med utskrivning från sjukhusvistelse etc. Genom trygghetslarmet ges den enskilde möjlighet att, vid behov, kunna tillkalla hjälp till bostaden. Detta innebär en stor trygghet för många individer vilket också innebär att man kan leva ett självständigt liv med trygghetslarm som enda insats från biståndsenheten, anser vi.

Således innebär denna fördröjning av larminstallation en påtaglig risk för missförhållande för flertalet individer. Den påtagliga risken, som vi ser det, är att individen hamnar i en otrygg situation och inte har möjlighet att kunna tillkalla hjälp.

För vidare information och exempel på individnivå kan kontakt tas med biståndshandläggare Mathilda Hammar Orlov eller Sanna Öquist.



Mathilda Hammar Orlov
Biståndshandläggare



Sanna Öquist
Biståndshandläggare