

## KALLELSE

**Organ:** VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

**Tid:** Tisdagen den 19 juni 2012 kl. 18.00

**Plats:** Sammanträdesrum **Largen, plan 1**, Alceahuset, Hackstavägen 22  
(sammanträdesrum **Largen, plan 1** är reserverat för majoriteten från kl. 16.30-18.00.)  
Sammanträdesrum **Losjön, plan 1** är reserverat för oppositionen från kl. 17.00)

Mikael Ottosson  
Ordförande

/Katarina Jupén Morell  
administrativ samordnare

### Föredragningslista

- 1 Val av justerare och fastställande av tid för protokollets justering
- 2 Fastställande av dagordning
- 3 Beredning (den 11 juni 2012 kl. 17.30)
- 4 Månadsuppföljning Vård- och omsorgsnämnden per 2012-05-31
- 5 Rapport: Sammanställning av individuella uppföljningar i vård- och omsorgsboenden – Louise Ilhammar, biståndshandläggare
- 6 Antagande av förfrågningsunderlag för LOV inom daglig verksamhet, LSS (sekretess, finns i separat häfte)
- 7 Upphävande av beslut att upphandla nytt särskilt boende för äldre i Österåkers kommun
- 8 Muntlig information - Susanne Öhrling, sakkunnig och Birgitta Almén, MAS
- 9 Beslut om införande av ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9
- 10 Fördjupad granskning av Malvavägen stöd och service
- 11 Handlingsplan för finskt förvaltningsområde

- 12 Medicinskt ansvarig sjuksköterskas kvalitetsgranskning av den kommunala hälso- och sjukvården 2012
- 13 Svar till Produktionsstyrelsen om förändring av samordnad sjuksköterskebemannning inom äldreboende
- 14 Rekommendation att teckna överenskommelse mellan Österåkers kommun och Stockholms läns landsting om Webcare
- 15 Köp av externa platser i särskilt boende med demensinriktning
- 16 Komplettering av Vård- och omsorgsnämndens delegationsordning
- 17 Rapportering av ej verkställda beslut enligt SoL 2012-03-31
- 18 Rapportering av ej verkställda beslut enligt LSS 2012-03-31

## 19 Individärenden

- 19.1 Omprövning av korttidsvistelse (omedelbar justering)
- 19.2 Ansökan om sommarläger
- 19.3 Omprövning av boende med särskild service för barn och ungdomar (omedelbar justering)
- 19.4 Ansökan om korttidstillsyn
- 19.5 Ansökan om korttidstillsyn
- 19.6 Ansökan om korttidsvistelse i form av kollo
- 19.7 Ansökan om korttidsvistelse i form av kollo
- 19.8 Ansökan om tillfälligt utökad korttidsvistelse
- 19.9 Ansökan om korttidsvistelse i familj
- 19.10 Ansökan om korttidsvistelse i familj
- 19.11 Ansökan om utökad korttidsvistelse i kontaktfamilj
- 19.12 Ansökan om bostad med särskild service för barn och ungdom
- 19.13 Omprövning av boendestöd i samband med internatboende
- 19.14 Ansökan om daglig verksamhet
- 19.15 Omprövning av HVB-boende
- 19.16 Omprövning av HVB-boende
- 19.17 Ansökan om boende på HVB-hem
- 19.18 Omprövning av HVB-boende
- 19.19 Omprövning av HVB-boende
- 19.20 Ansökan om växelvårdsboende
- 19.21 Ansökan om hemtjänstinsatser
- 19.22 Ansökan om särskilt boende
- 19.23 Ansökan om särskilt boende
- 19.24 Omprövning av boende enligt LSS 9 § 8

## 20 Anmälan delegationsbeslut

- 20.1 Ordförandebeslut 2012-05-14 ang särskilt boende
- 20.2 Ordförandebeslut 2012-06-04 ang ansökan om HVB-boende
- 20.3 Ordförandebeslut 2012-06-04 ang ansökan om HVB-boende
- 20.4 Anmälan delegationsbeslut enhetschef biståndsenheten 2012-02-01 – 2012-05-31
- 20.5 Delegationsbeslut socialchef 2012-05-01 – 2012-05-31
- 20.6 Delegationslistor Procapita 2012-05-01 – 2012-05-31

## **21 Delgivningar**

- 21.1 Beslut fr Socialstyrelsen – ang statsbidrag Omvårdnadslyftet 2012
- 21.2 Cirkulär fr SKL12:24
- 21.3 Prot utdrag KF §§ 76, 81-83/2012
- 21.4 Detaljplan Nolsjöskogen
- 21.5 MBL-protokoll § 11

**4.**

**Månadsuppföljning Vård- och  
omsorgsnämnden per 2012-05-31**

Socialförvaltningen  
Frida Wennermark

2012-06-11 Dnr

Till Vård- och omsorgsnämnden

## **Vård- och omsorgsnämndens månadsuppföljning per den 2012-05-31**

### **Beslutsförslag**

#### **Vård och omsorgsnämnden föreslås**

1. att godkänna månadsuppföljning per den 31 maj 2012 och prognos per den 31 december 2012,
2. att överlämna denna till Kommunstyrelsen

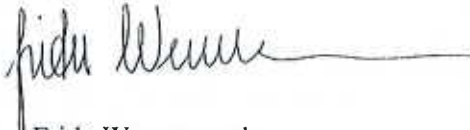
### **Bakgrund**

Nämndens nettokostnader för perioden uppgår till 190 412 tkr vilket motsvarar 99 % av periodbudgeten. Bokslutsprognosen för helåret är – 462 150 tkr, vilket ger en positiv budgetavvikelse uppgående till 450 tkr för helåret 2012.

### **Tidigare beredning, källhänvisning och bilagor**

Bilaga 1. Vård- och omsorgsnämndens månadsuppföljning per den 31 maj 2012.

Anne Simmasgård  
Förvaltningschef



Frida Wennermark  
Controller

Frida Wennermark  
 Controller

## EKONOMISK UPPFÖLJNING PER MAJ, VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

### EKONOMISK SAMMANSTÄLLNING

Driftsredovisning per slag (belopp i tkr)	HELÅR				PERIOD: JAN - MAJ			
	Budget 2012	Prognos 2012	Budget- avvikelse	Utfall 2011	Period- budget	Utfall perioden	Budget- avvikelse	%
<b>Verksamhetens intäkter</b>								
Avgifter	17 171	18 371	1 200	19 296	7 155	8 128	973	114%
Övriga intäkter	48 029	47 929	-100	47 814	20 012	18 304	-1 708	91%
<b>Summa intäkter</b>	<b>65 200</b>	<b>66 300</b>	<b>1 100</b>	<b>67 110</b>	<b>27 167</b>	<b>26 432</b>	<b>-735</b>	<b>97%</b>
- Varav Interna intäkter								
<b>Verksamhetens kostnader</b>								
Personalkostnader	-20 255	-20 305	-50	-17 497	-8 440	-7 731	709	92%
Lokalkostnader	-40 594	-40 794	-200	-37 140	-16 914	-17 621	-707	104%
Kapitalkostnader	-812	-812	0	-1 203	-338	-456	-118	135%
Köp av verksamhet	-441 474	-441 874	-400	-423 024	-183 948	-182 854	1 094	99%
Övriga kostnader	-24 665	-24 665	0	-24 609	-10 277	-8 182	2 096	80%
<b>Summa kostnader</b>	<b>-527 800</b>	<b>-528 450</b>	<b>-650</b>	<b>-503 473</b>	<b>-219 917</b>	<b>-216 844</b>	<b>3 073</b>	<b>99%</b>
- Varav interna kostnader								
<b>Verksamhetens nettokostnad</b>	<b>-462 600</b>	<b>-462 150</b>	<b>450</b>	<b>-436 363</b>	<b>-192 750</b>	<b>-190 412</b>	<b>2 339</b>	<b>99%</b>

Driftsredovisning per verksamhet (belopp i tkr)	HELÅR				PERIOD: JAN - MAJ			
	Budget 2012	Prognos 2012	Budget- avvikelse	Utfall 2011	Period- budget	Utfall perioden	Budget- avvikelse	%
Nämnd och ledningsstab	-22 957	-22 507	450	-21 298	-9 566	-8 899	667	93%
Särskilt boende	-109 339	-108 839	500	-105 909	-45 558	-45 253	305	99%
Korttidsplatser äldreomsorg	-40 444	-39 294	1 150	-33 428	-16 852	-16 024	828	95%
Hemtjänst	-77 311	-77 111	200	-71 150	-32 213	-31 612	601	98%
Övrig äldreomsorg	-9 084	-9 234	-150	-6 993	-3 785	-3 985	-218	105%
Korttids LSS	-23 168	-23 268	-100	-22 097	-9 653	-9 622	31	100%
LSS-boende	-93 210	-93 210	0	-92 831	-38 838	-38 350	487	99%
Daglig verksamhet LSS	-22 490	-22 990	-500	-20 628	-9 371	-9 212	159	98%
Övrig LSS-verksamhet	-6 950	-6 400	550	-6 599	-2 896	-2 540	356	88%
Vård psyk funktionshindrade	-11 914	-13 214	-1 300	-11 550	-4 964	-5 954	-990	120%
Övrig omsorg psyk funk hindr	-14 983	-15 333	-350	-14 306	-6 243	-6 400	-139	103%
Personlig assistans LSS	-7 721	-7 721	0	-7 849	-3 217	-3 236	-19	101%
Personlig assistans SFB	-21 795	-21 795	0	-20 514	-9 081	-8 811	270	97%
Personligt Ombud	-1 234	-1 234	0	-1 211	-514	-514	0	100%
<b>Verksamhetens nettokostnad</b>	<b>-462 600</b>	<b>-462 150</b>	<b>450</b>	<b>-436 363</b>	<b>-192 751</b>	<b>-190 412</b>	<b>2 339</b>	<b>99%</b>

### SAMMANFATTNING

Vård- och omsorgsnämndens utfall för perioden uppgår till -190 412 tkr vilket motsvarar 99 % av periodbudgeten. Bokslutsprognosen för helåret är - 462 150 tkr vilket ger nämnden en positiv budgetavvikelse uppgående till 450 tkr.

## KOMMENTARER

### Kommentarer till periodens utfall

Nämndens nettoavvikelse per sista maj visar ett överskott på drygt 2,3 mkr vilket är en förbättring sedan föregående månad med nära 500 tkr. Avvikelsen beror främst på en återbetalning under maj månad från Karbyhemmet på cirka 450 tkr avseende en faktura för en särskilt boendeplats där felaktigt belopp skannats in och betalats.

För personalkostnader uppgår periodöverskottet till 709 tkr men löneöversynen har skjutits upp till hösten vilket innebär att kostnaderna då kommer att öka med cirka 300 tkr. Under sommaren väntas också vikarie- samt semesterkostnader minska överskottet.

Nämndens lokalkostnader visar ett underskott på drygt 700 tkr. Nämnden har endast erhållit kompensation för hyreshöjning motsvarande 1,5 procent medan de faktiska hyrorna ökat mer. En engångskostnad uppstod också under maj då fakturan för iordningställandet av lokalerna i f.d. Margretelunds gruppbostad betalades som uppgick till drygt 300 tkr.

Utfallet för köp av verksamhet inom psykiatri uppgick per den sista maj till mer än - 1,1 mkr . Avvikelsen återfinns framförallt för HVB-placeringar men även för Malvavägen och boendestöd finns underskott för perioden.

### Kommentarer till bokslutsprognos

Bokslutsprognosen för helåret har förbättrats sedan föregående period och visar nu ett överskott på 450 tkr gentemot budget.

I dagsläget förväntas ett överskott för äldrevård uppgående till 1 900 tkr. Prognosen för särskilt boende har förbättrats med 800 tkr och uppgår nu till + 500 tkr för helåret och det främst med anledning av ovan nämnda återbetalning. Volymerna för utskrivningsklara har dock fortsatt att öka och helårsbudgeten för 2012 förväntas överskridas redan vid delårsskiftet. Detta har gjort att prognosen för utskrivningsklara försämrats ytterligare och uppgår nu till - 250 tkr.

Inom LSS boende och daglig verksamhet är prognoserna oförändrade medan ledsagning, familjehem, kontaktpersoner samt kontakt- och stödfamiljer tillsammans förväntas ge ett överskott uppgående till 550 tkr till följd av lägre volymer. Prognosen för korttidsvistelse har försämrats kraftigt och det främst på grund av att vi i början av juni månad fick fakturor på prishöjningar på vårdkostnader hos Enigma. Detta förväntas påverka resultatet på helåret med cirka 300 tkr

Kostnaderna för psykiatriverksamhet förväntas öka ytterligare under året och helårsprognosen uppgår nu till totalt - 1 650 tkr. Boendestöd förväntas överstiga budgeten med 200 tkr och HVB-placeringar - 1 300 tkr.

Stor osäkerhet gäller fortfarande för samtliga verksamheters helårsprognoser då kostnaderna är kopplade till prestationer. Även små förändringar i volymer kan komma att leda till stora budgetavvikelser.

## **5.**

# **Rapport: Sammanställning av individuella uppföljningar i vård- och omsorgsboenden – Louise Ilhammar, biståndshandläggare**



## **Rapport – Sammanställning av individuella uppföljningar i vård- och omsorgsboenden**

En sammanställning av resultatet av individuella uppföljningar i externa vård- och omsorgsboenden våren 2012 rapporteras till Vård- och omsorgsnämnden.

### **Beslutsförslag**

#### **Vård- och omsorgsnämndens beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden antecknar rapporten till protokollet

### **Bakgrund**

Sedan oktober 2011 genomför socialförvaltningen individuella uppföljningar för personer som bor i vård- och omsorgsboenden. En biståndshandläggare/boendesamordnare på biståndsenheten har utformat en checklista med frågor som ställs till den äldre, dess anhöriga eller kontaktperson. Som underlag har bl.a. Socialstyrelsens kvalitetskriterier för använts. De områden som ingår i uppföljningen är; trygghet, bemötande, information, boendemiljö, social samvaro och aktiviteter, mat och genomförandeplan.

Förvaltningen har prioriterat individuella uppföljningar i de externa vård- och omsorgsboendena där Vård- och omsorgsnämnden köper enstaka platser. Dessa är nu genomförda och sammanställda i en rapport.

I de vård- och omsorgsboende som drivs på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden i Österåkers kommun gör de sakkunniga inom socialförvaltningen regelbundna uppföljningar på verksamhetsnivå.

För att nämnden ska få en uppfattning hur kommunens äldre som är bosatta på externa vård- och omsorgsboenden uppfattar verksamhetens vård och omsorg presenteras en utvärdering och uppföljning av arbetet och dess resultat. Att få en inblick i vad de äldre själva anser om sin vård och omsorg är av stor vikt för att få en bild av verksamheternas kvalitet och potentiella förbättringsområden.

2012-06-06

Vård- och omsorgsnämnden

Från hösten 2012 fortsätter de individuella uppföljningarna i de vård- och omsorgsboenden som drivs på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden i Österåkers kommun.

### **Bilaga**

Bilaga 1: Rapport; Utvärdering och sammanställning av resultat av individuella uppföljningar på vård- och omsorgsboenden

Anne Simmasgård  
Socialchef

Sigbritt Sundling  
Enhetschef



Socialförvaltningen

Biståndsenheten

Louise Ilhammar

## **Utvärdering och sammanställning av resultat av individuella uppföljningar på vård- och omsorgsboenden**

## **1. Uppdraget**

Sedan oktober 2011 genomför socialförvaltningen individuella uppföljningar på vård- och omsorgsboenden. En boendesamordnare på biståndsenheten har sedan starten arbetat fram en checklista med frågor som ställs till den äldre, dess anhöriga eller kontaktperson.

För att nämnden ska få en uppfattning hur kommunens äldre som är bosatta på externa vård- och omsorgsboenden uppfattar verksamhetens vård och omsorg presenteras nedan en utvärdering och uppföljning av arbetet och dess resultat. Att få en blick i vad de äldre själva anser om sin vård och omsorg är av stor vikt för att få en bild av verksamheternas kvalitet och potentiella förbättringsområden.

## **2. Syftet**

Syftet med individuella uppföljningar på vård- och omsorgsboenden är att undersöka vad de äldre tycker om den vård och omsorg de får. Och huruvida deras behov möts upp och tillgodoses inom verksamheten. Uppföljningen syftar även till att granska den dokumentation som förs på boendet om den äldre, att den är relevant och uppdaterad.

## **3. Metod**

Individuell uppföljning och besök i verksamheten bör ske cirka 2-3 månader efter inflytt till vård- och omsorgsboendet, därefter en gång per år eller vid behov. Då detta arbete nyligen har startat har de jag träffat bott på boendet allt från några år till relativt nyinflyttade.

Fastställda frågor ställs till de boende, dessa utgår ifrån ett visst antal kvalitetsområden som är framtagna av socialstyrelsen och som har sin grund i målen som gäller för socialtjänsten och vården och omsorgen för de äldre. Jag har valt att använda mig av ett antal av dessa kvalitetsområden som kan ses visa på god kvalitén på boendet. Dessa är:

Trygghet

Bemötande

Information

Boendemiljö

Social samvaro och aktiviteter

Mat

Genomförandeplan

När det gäller granskningen av genomförandeplanen har jag i förväg bett personal på boendet att ta fram dokumentation kring den äldre så jag kan läsa igenom detta på plats. I vissa fall har jag fått med mig kopia vilket lagts till akten. I genomförandeplanen tittar jag efter att den är uppdaterad och aktuell. Om den äldre själv har varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen och om den innehåller information om den äldres bakgrund, intressen och vad som bidrar till att den äldre får en meningsfull tillvaro på boendet.

De gånger då den äldre inte kunnat svara på frågorna har jag som metod använt mig av observation. Jag har alltså stannat kvar ett tag på boendet, i de allmänna rummen, för att följa den äldre under en stund av dagen.

#### **4. Avgränsningar**

I denna första uppföljning har jag gjort besök på externa vård- och omsorgsboenden där kommunen köper platser på. Många av dessa externa boenden har specialinriktat sig mot ett visst funktionshinder, exempelvis missbruk eller Parkinson. Andra skäl till externa placeringar handlar om närheten till anhöriga.

#### **5. Tillvägagångssätt**

I början av arbetet med att utveckla en metod för individuella uppföljningar på vård- och omsorgsboenden tog jag kontakt med andra kommuner och stadsdelar som har detta inom sin verksamhet. Jag har även haft kontakt med Socialstyrelsen kring deras rekommendationer gällande kvalitet och genomförandeplaner.

Under våren har jag bokat upp tider på de externa boenden som kommunen köper platser på. Jag har sammanlagt träffat sjuutton äldre på elva boenden. Kommunen köper för tillfället plats för arton personer på tolv olika boenden. På plats har jag suttit ner i ett personligt möte med den äldre och dess kontaktperson. Jag har ställt frågor med stöd av checklistan, samtalat med kontaktpersonen och granskat genomförandeplanen.

Många av de äldre har haft svårt att kunna svara på frågorna. Ofta handlar det om personer med demens eller annan kognitiv nedsättning som gjort det svårt för dem att svara adekvat. Därför har en del fått hjälp av sin kontaktperson på boendet att svara på frågorna. Där har jag också kompletterat besöket med samtal till anhöriga för att ställa liknande frågor till dem. Det har varit vissa svårigheter med kontakten med anhöriga, vissa äldre har inga anhöriga eller har ingen kontakt med dem. Vissa anhöriga har varit svåra att få tag på eller har haft svårt att svara på vissa frågor då de inte varit på boendet så ofta.

## 6. Resultat

Resultat gällande trygghet, boendemiljön och bemötande har varit bra. Mindre bra har det varit gällande social samvaro, information och maten. Mest missnöjda är de äldre med bristen på möjlighet till en pratstund med personalen och svårigheten att kunna komma ut när de vill.

Alla de äldre som kunde svara kände sig trygga på boendet. De som inte kunde svara bad jag kontaktpersonen berätta lite kring den äldre, ifall de upplevde att den äldre, genom sitt beteende kände sig trygg. Information om verksamheten eller vid förändring var det många inom verksamheterna som berättade att de ofta har kontakt med anhöriga. En del av de äldre som jag träffat hade någon form av kognitiv svikt och minnessvårigheter därav fanns det vissa svårigheter gällande information. Anhöriga var mindre nöjda med information som handlade bland annat om läkartider eller vid större personalbyten.

Gällande social samvaro och aktiviteter var det många av de äldre som ansåg sig ha möjlighet att komma ut när de önskar, men att det ofta är beroende på vädret. De flesta boenden erbjuder olika aktiviteter såsom bingo, musik, gymnastik, frågesport och andakt. Vissa boenden erbjöd även kvällsaktiviteter såsom bio, vinprovning och pizzakvällar. Dock var de flesta aktiviteter satta till en speciell dag och tid varje vecka. Av de planerade aktiviteterna fanns det inte heller några individuella aktiviteter utan det som erbjöds utfördes i grupp. De flesta av de tillfrågade var nöjda med aktiviteterna som erbjöds men många sa även att de inte alltid hade ork att medverka utan vilade istället.

Generellt var det anhöriga som var mer missnöjda med den sociala samvaron och aktiviteter än de äldre. Detta kan visa på, med fortsatt försiktighet i tolkningen, att anhöriga har en önskan eller tro att den äldre som bor på boendet orkar mer än vad de gör.

Några av de äldre beskrev att personalen kändes stressade och inte hade möjlighet att sätta sig ner för en pratstund. Andra upplevde att de hade en bra relation med personalen

Vid frågorna om maten var det en del äldre som menade på att de hade liten möjlighet att få den mat de önskar och bestämma när de ska äta men även var de ska sitta i matrummet. De blir ofta placerade vid ett stort bord med många runt om, vissa tyckte det ibland kunde bli mycket prat och oro bland andra boende under maten. Vissa påpekade även att maten var tämligen ensidig utan att det fanns några större möjligheter att ändra på dess innehåll.

Genomförandeplanerna såg i stort sett väldigt lika ut. Den gick igenom övergripande mål för den äldres behov i boendet, social situation, kontakter, hjälpmedel, viktig information. Information om tidigare liv var inte uppdaterad utan det handlade mer om information om nutid. Personal på de boenden som jag besökt har alla sagt att de uppdaterar genomförandeplanen cirka två gånger per år eller om det händer något större av vikt för personen i fråga. Dock var det en del anhöriga som berättade att de varken sett eller skrivit under någon genomförandeplan, likaså verkar det inte som om den äldre alltid får information om att genomförandeplanen uppdateras.

## **7. Avslutande kommentarer**

De äldre verkar enligt undersökningen vara nöjda med boendet, de upplever sig vara trygga där och de får ett bra bemötande från personalen.

Under mina besök såg jag många boenden som försökt efterlikna en hemmamiljö i de allmänna utrymmena med möbler, tavlor och inredning. Det var en del boenden som hade fiskakvarium och några ur personalen hade även med sig sina hundar hemifrån. Problemet med institutionsliknande miljöer finns dock kvar på vissa håll där temporära lösningar och lagningar blivit kvar allt för länge.

Ett av de boenden jag besökt kommer jag att göra ett uppföljningsmöte med efter sommaren. Jag ansåg att jag fick en del motstridiga svar mellan de äldre och personal, det fanns även viss oro från anhöriga. Dock ska även poängteras att både personal och anhöriga informerade mig att svaren inte säkert speglade de äldres egen åsikt utan att det kunde bero på deras sjukdomsbild.

Jag fick genomgående positivt respons, både från verksamheterna och från anhöriga, gällande uppföljning på vård- och omsorgsboenden. De tyckte det var positivt att kommunen fortsatte sin kontakt med de äldre efter flytt till vård- och omsorgsboende. Verksamheten tyckte även det var bra att få uppdateringar från biståndsenheten. Ibland har det hänt att den tidigare handläggaren har slutat eller bytt område och där information inte kommit ut till verksamheterna. Så frågan gällande bättre information och kommunikation får nog gälla för båda verksamheterna, något som vi nu inom biståndsenheten utvecklar genom individuella uppföljningar på vård- och omsorgsboenden.

Resultatet får tolkas med viss försiktighet med bakgrund av att många av de äldre jag har träffat inte har haft möjlighet att svara på frågorna utan att utvärderingen fått grunda sig på svar från kontaktperson, god man eller anhörig. De anhöriga har ofta varit mer kritiska i sina svar än vad äldre har varit.



7.

**Upphävande av beslut att upphandla nytt  
särskilt boende för äldre i Österåkers  
kommun**

2012-05-22 Dnr

Till Vård- och omsorgsnämnden

## **Upphävande av beslut att upphandla nytt särskilt boende för äldre i Österåkers kommun**

Kommunstyrelsen fattade 2011-03-28 beslut att uppdra åt Vård- och omsorgsnämnden att teckna en avsiktsförklaring med Larroy Construction samt att genomföra en upphandling av hyresavtal avseende särskilt boende för äldre intill Margretelunds centrum. Två upphandlingar har därefter genomförts utan resultat och beslutet föreslås därför upphävas.

### **Beslutsförslag**

#### **Vård- och omsorgsnämnden föreslår Kommunstyrelsen besluta**

upphäva Kommunstyrelsens beslut 2011-03-28, § 66, om nytt särskilt boende för äldre i Österåkers kommun

### **Bakgrund**

Vård- och omsorgsnämnden har konstaterat att det finns behov av ytterligare ett särskilt boende för äldre i Österåkers kommun. Det finns i dagsläget ingen lämplig lokal att hyra för äldreboendet och kommunen väljer att inte bygga själva. För att få tillgång till en lokal föreslog Vård- och omsorgsnämnden Kommunstyrelsen att ge nämnden i uppdrag att upphandla ett hyresavtal så att en privat byggtreprenör skulle kunna uppföra ett boende.

Två upphandlingar har genomförts under 2011 med syfte att en byggnad skulle uppföras för vilken kommunen kunde teckna ett hyresavtal på cirka 10 år. I den ena upphandlingen fanns inget företag som godkändes som leverantör och i den andra upphandlingen kunde inte anbudsgivarens kapacitet bedömas. Båda upphandlingarna avbröts.

I Kommunstyrelsens beslut sades också att möjlighet till boihop-garanti skulle kunna erbjudas. Kommunfullmäktige fattade därefter 2011-12-19 beslut om att införa boihop-garanti i Österåkers kommun.

### **Förslag**

Med anledning av att upphandlingarna inte gav önskat resultat söker nu Vård- och omsorgsnämnden andra möjligheter att tillgodose behovet av fler platser för särskilt boende för äldre.

I och med det bör Kommunstyrelsens beslut upphävas.

2012-05-22 Dnr

Nämnden påpekar dock att inget har förändrats vad gäller själva behovet av fler platser för särskilt boende för äldre.

**Tidigare beredning och bilagor**

VON beslut 2011-02-22, § 37 Dnr 2011.18 735

KS beslut 2011-03-28, § 66, Dnr 2011/67-735

Anne Simmasgård  
Socialchef



Sara Eriksson  
Sakkunnig funktionshinder

VON § 37

Dnr 2011.18 735

Utdrag: KS, akt

**Nytt särskilt boende för äldre i Österåkers kommun**

Nytt särskilt boende för äldre i Österåkers kommun.

**Beslutsunderlag**

-Tjänsteutlåtande 2010-12-20

Jörgen Palmberg (S) yrkar bifall till förvaltningens beslutsförslag.

**Vård- och omsorgsnämndens beslut**

1. Vård- och omsorgsnämnden ställer sig positiv till ett nytt särskilt boende för äldre i Margretelund i enlighet med förvaltningens förslag.

Vård- och omsorgsnämnden föreslår Kommunstyrelsen besluta

1. Kommunstyrelsen tecknar avsiktsförklaring med Larroy Construction.
2. Uppdrar till Vård- och omsorgsnämnden att genomföra en upphandling av hyresavtal avseende särskilt boende för äldre intill Margretelands centrum.

M.O.S

KS § 66

Dnr KS 2011/67-735

Utdrag: akten, VON, ekonomienheten

## Nytt särskilt boende för äldre i Österåkers kommun

### Ärende

Österåkers kommun har för närvarande tre särskilda boenden för äldre med totalt 168 platser/lägenheter. Därutöver köper kommunen 34 platser på olika särskilda boenden. Dessutom har 13 personer beslut om särskilt boende som ej är verkställda. Boendeprognosen från socialförvaltningen visar att behovet av platser ökar med ca 10 platser per år.

### Beredning

- Arbetsutskottet har behandlat ärendet den 16 mars 2011, § 41.
- Vård- och omsorgsnämnden behandlade ärendet den 22 februari 2011, § 37.
- Socialförvaltningen redogör för ärendet i tjänsteutlåtande daterat 2010-12-20.

### Kommunstyrelsens beslut

1. Kommunstyrelsen tecknar avsiktsförklaring med Larroy Construction.
2. Uppdrar till Vård- och omsorgsnämnden att genomföra en upphandling av hyresavtal avseende särskilt boende för äldre intill Margretelunds centrum.
3. Möjlighet till boihop-garanti skall kunna erbjudas.

**9.**

**Beslut om införande av ledningssystem för  
kvalitet enligt SOSFS 2011:9**

## **Beslut om införande av ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9**

### **Beslutsförslag**

**Vård- och omsorgsnämnden beslutar att**  
införa ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9.

### **Bakgrund**

Socialstyrelsen har beslutat om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete vilka trädde i kraft den 1 januari 2012 och ersätter (SOSFS:2006:11). De nya föreskrifterna och allmänna råden är gemensamma för socialtjänst, hälso- och sjukvård, tandvård och LSS. Tonvikten i SOSFS 2011:9 ligger på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas samt anger att det är vårdgivarens eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten samt att systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar kvaliteten i verksamheten.

De väsentligaste förändringarna i SOSFS 2011:9 är att en definition av kvalitet införs vilket innebär att den som bedriver verksamhet ska säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt de lagar och andra föreskrifter samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Den information som verksamheten får genom bl.a. egenkontroller, riskanalyser, utredning av klagomål, synpunkter och rapporter ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets rutiner och processer.

Med den senaste överenskommelsen mellan regeringen och SKL om en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre under perioden 2012-2014 följer medel för huvudmannagemensamt utvecklingsarbete 4.3 miljarder i prestationsersättningar. För att erhålla prestationsersättningar krävs dock att huvudmännen ska ha fattat beslut om att införa ett ledningssystem för kvalitet. Regeringen och SKL förutsätter att varje kommun fattar ett sådant beslut.

### **Förvaltningens slutsatser**


Förvaltningen föreslår att Vård- och omsorgsnämnden beslutar om införande av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Socialförvaltningen avser att utarbeta ett förslag till ledningssystem för kvalitet som kommer att presenteras för Vård- och omsorgsnämnden i slutet av 2012.

**Bilagor**

Bilaga 1: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Bilaga 2: Beslut om att införande av ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9.

Anne Simmasgård  
Socialchef

  
Susanne Öhring  
Sakkunnig äldre



Bilaga 1

# Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

*Socialstyrelsens*

*författningssamling*

I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) publiceras myndighetens föreskrifter och allmänna råd.

- Föreskrifter är bindande regler.
- Allmänna råd innehåller rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas och utesluter inte andra sätt att uppnå de mål som avses i författningen.

Socialstyrelsen ger årligen ut en förteckning över gällande föreskrifter och allmänna råd.

SOSFS kan beställas från Socialstyrelsens beställningsservice,  
120 88 Stockholm, fax 08-779 96 67, e-post [socialstyrelsen@strd.se](mailto:socialstyrelsen@strd.se)

ISSN 0346-6000, 0346-6019 Artikelnr 2011-6-38

Tryck: Edita Västra Aros, Västerås 2011



## Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete;

SOSFS  
2011:9  
(M och S)

Utkom från trycket  
den 20 juli 2011

beslutade den 28 juni 2011.

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 14 § förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade, 8 kap. 5 § socialtjänstförordningen (2001:937), 4 § 2 och 3 förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. samt 8 kap. 5 § första stycket 1 och 4 och andra stycket patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och beslutar följande allmänna råd.

### 1 kap. Tillämpningsområde

1 § Dessa föreskrifter ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i sådan verksamhet som omfattas av

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

2 § Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

### 2 kap. Definitioner

1 § I dessa föreskrifter och allmänna råd avses med:

hälso- och sjukvård      verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel

vårdgivare	statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård
socialtjänst	verksamhet som omfattas av bestämmelsen i 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453) I sådan verksamhet inkluderas även verksamhet som bedrivs enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
den som bedriver socialtjänst	1. socialnämnd eller motsvarande kommunal nämnd, i fråga om sådan socialtjänst som kommunen har ansvar för, 2. Statens institutionsstyrelse, då den myndigheten bedriver socialtjänst, och 3. annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver socialtjänst
den som bedriver verksamhet enligt LSS	1. kommunal nämnd, i fråga om sådan verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade som kommunen eller landstinget har ansvar för, och 2. annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade
ledningssystem	system för att fastställa principer för ledning av verksamheten
process	serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat
kvalitet	att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter För vårdgivare som endast bedriver verksamhet som omfattas av lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar eller lagen (2009:366) om handel med läkemedel avses i dessa föreskrifter och allmänna råd

	med kvalitet endast att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659)
egenkontroll	systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem
vårdskada	lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården
allvarlig vårdskada	vårdskada som <ol style="list-style-type: none"><li>1. är bestående och inte ringa, eller</li><li>2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit</li></ol>

### **3 kap. Ansvar för och användning av ett ledningssystem**

**1 §** Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

**2 §** Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

**3 §** Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten.

### **4 kap. Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad**

**1 §** Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning.

#### *Allmänna råd*

Standarder, tekniska specifikationer och modeller för kvalitets- och verksamhetsutveckling kan ge stöd då ett ledningssystem ska byggas upp.

### **Processer och rutiner**

2 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

3 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska i varje process enligt 2 §

1. identifiera de aktiviteter som ingår, och
2. bestämma aktiviteternas inbördes ordning.

4 § För varje aktivitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

### **Samverkan**

#### *Socialtjänst och LSS*

5 § Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

#### *Hälso- och sjukvård*

6 § Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

## **5 kap. Systematiskt förbättringsarbete**

### **Risikanalys**

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

För varje sådan händelse ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS

1. uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och
2. bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

### **Egenkontroll**

**2 §** Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll.

Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

#### *Allmänna råd*

Egenkontrollen kan innefatta

- jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt 7 kap. patientdatalagen (2008:355),
- jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter,
- jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat,
- målgruppsundersökningar,
- granskning av journaler, akter och annan dokumentation,
- undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet,
- analys av uppgifter från patientnämnder, och
- inhämtande av synpunkter från revisorer och intressenter.

### **Utredning av avvikelser**

#### ***Klagomål och synpunkter***

**3 §** Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från

1. vård- och omsorgstagare och deras närstående,
2. personal,
3. vårdgivare,
4. de som bedriver socialtjänst,
5. de som bedriver verksamhet enligt LSS,
6. myndigheter, och
7. föreningar, andra organisationer och intressenter.

### **Rapporteringskyldighet**

#### **4 § Bestämmelser om rapporteringskyldighet**

1. för hälso- och sjukvårdspersonal finns i 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659),
2. för den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller vid Statens institutionsstyrelse finns i 14 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), och
3. för den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade finns i 24 b § LSS.

#### **5 § Bestämmelser om skyldighet**

1. för vårdgivaren att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskada finns i 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659),
2. för den som bedriver socialtjänst att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), och
3. för den som bedriver verksamhet enligt LSS att utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 24 e § LSS.

### **Sammanställning och analys**

6 § Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

### **Förbättrande åtgärder i verksamheten**

7 § På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ ska de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

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

8 § Om resultaten av de aktiviteter som anges i 1–6 §§ visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.

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

1 § Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.



2 § Enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

3 § Av 14 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) och 24 a § LSS framgår det att var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten eller i verksamhet enligt LSS är skyldig att medverka i verksamhetens kvalitetsarbete.

## 7 kap. Dokumentationskyldighet

1 § Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

### *Allmänna råd*

Vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå

- hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår,
- vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och
- vilka resultat som har uppnåtts.

Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad

- att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och
- att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

2 § Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Utöver vad som framgår av 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen innehålla uppgifter om hur

1. ansvaret enligt 3 kap. 9 § patientsäkerhetslagen har varit fördelat,
2. patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § har följts upp och utvärderats,
3. samverkan enligt 4 kap. 6 § har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,
4. risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap.,

**SOSFS  
2011:9**

5. rapporter enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen har hanterats, och
6. inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 § som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats.

Av patientsäkerhetsberättelsen ska det vidare framgå hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

**3 § Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad**

1. att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och
2. att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

**8 kap. Undantagsbestämmelse**

**1 §** Socialstyrelsen kan medge undantag för en viss verksamhet från en eller flera av bestämmelserna i 3–7 kap., om det finns särskilda skäl.

- 
1. Denna författning träder i kraft den 1 januari 2012.
  2. Genom författningen upphävs
    - Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
    - Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS.

Socialstyrelsen

LARS-ERIK HOLM

Georg Lagerberg

## *Beslut om införande av ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:09*

### **Bakgrund**

Socialstyrelsen har beslutat om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Dessa trädde i kraft den 1 januari 2012 och är tillämpliga inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst samt inom verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. De nya föreskrifterna och allmänna råden fokuserar på hur ett systematiskt kvalitetsarbete ska bedrivas och anger att det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

### **De viktigaste förändringarna i SOSFS 2011:9**

- De nya föreskrifterna och allmänna råden är gemensamma för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och LSS.
- En definition av kvalitet införs. Den som bedriver verksamhet ska säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter.
- De nya föreskrifterna och allmänna råden ställer krav på att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS, systematiskt och fortlöpande utvecklar och säkrar kvaliteten i verksamheten. Den information som verksamheten får genom riskanalyser, egenkontroller och utredning av klagomål, synpunkter och rapporter ska ligga till grund för förbättringar av ledningssystemets processer och rutiner.

Den senaste överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) (S2011/11027/FST) omfattar utvecklingen av en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Med denna överenskommelse följer under perioden 2012-2014, medel för huvudmannagensamt utvecklingsarbete samt 4,3 miljarder i prestationsersättningar. Dock anger överenskommelsen att tre grundläggande krav behöver vara uppfyllda i länet för att erhålla prestationsersättningar 2012.

2012-04-19

- Det ska i länet finnas en struktur för **ledning och styrning i samverkan**. Denna samverkan ska bl.a. utmynna i att det finns ett gemensamt politiskt förankrat beslut om en **handlingsplan för förbättringar** i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård- och omsorg om de mest sjuka äldre.  
Detta arbete har startat på länsnivå i samverkan mellan KSL och HSN. Till stöd finns SKL:s projekt Ledningskraft där sex kommuner (Nacka, Huddinge, Stockholm, Södertälje, Solna och Stockholm) ingår idag.
- Huvudmännen ska även ha fattat beslut om att **införa ett ledningssystem för kvalitet** som motsvarar kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).  
Regeringen och SKL förutsätter följaktligen att varje kommun fattar ett sådant beslut.

## Svarstid

Mot bakgrund av den nya föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och överenskommelsen mellan regeringen och SKL kring en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre (S2011/11027/FST), behöver vi veta om man i er kommun fattat beslut om införande av ledningssystem enligt SOSFS 2011:9. Protokollsutdrag från berörd nämnd/styrelse sänds till KSL före den **1 september 2012**. KSL kan därefter sammanställa inkomna underlag för återrapportering till SKL.

Protokollsutdrag sänds via e-post till:

info@ksl.se

Med vänlig hälsning

KOMMUNFÖRBUNDET STOCKHOLMS LÄN

Gunilla Hjelm-Wahlberg  
Senior handläggare  
Vård, omsorg och sociala frågor