

KALLELSE

Organ: VÅRD- OCH OMSORGSNÄMNDEN

Tid: Tisdagen den 18 december 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)

Jultallrik serveras i anslutning till sammanträdet.

Var vänlig anmäl om du har förhinder till sammanträdet, till Linda Turula, linda.turula@osteraker.se.

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 december 2012 kl.17.10)
4. Vård- och omsorgsnämndens månadsuppföljning per den 2012-11-30 (skickas ut senare med e-post)
- 5 Redovisning av slutrapporten om Utveckling av vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt i Österåkers kommun 2009-2012 – Susanne Fäldt, projektledare (finns i separat häfte)
6. Omvårdnadsdokumentationen på äldreboende – granskning genom medicinskt ansvarig sjuksköterska
7. Information om utkast till kvalitetsledningssystem för Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

8. Revisorernas rapport avseende uppföljning av insatser inom äldre- och handikappomsorgen
9. Information om Vård- och omsorgsnämndens medborgardialoger om äldres boende 2012
10. Fördjupad granskning av LSS-gruppboenden Smedby
11. Beställning av bostad med särskild service för vuxna och tjänsten tillhandahållande av vikarie vid sjukdom hos ordinarie personlig assistent enligt LSS
12. Förslag till ny ersättningsmodell för bostad med särskild service för vuxna enligt LSS
13. Utbyggnad av bostad med särskild service på Täppans väg
14. Namn på ny bostad med särskild service för vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning
15. Fördelning av lokalhyra vid Solskiftets barn- och ungdomsverksamhet när Produktionsstyrelsen säljer verksamhet till andra kommuner
16. Kvartalsrapport 3 år 2012 av ej verkställda beslut från Vård- och omsorgsnämnden

17 Individärenden

- 17.1 Omprövning barnboende
- 17.2 Ansökan om kontaktfamilj
- 17.3 Ansökan om daglig verksamhet
- 17.4 Ansökan om fortsatt boende i familjehem
- 17.5 Ansökan om fortsatt HVB-boende
- 17.6 Ansökan om fortsatt HVB-boende
- 17.7 Ansökan om fortsatt HVB-boende
- 17.8 Ansökan om HVB-boende

18 Anmälan delegationsbeslut

- 18.1 Ordförandebeslut 2012-10-22, ansökan om HVB-boende
- 18.2 Delegationsbeslut 2012-11-01 – 2012-11-30
- 18.3 Delegationslistor Procapita 2012-11-01 – 2012-11-30

19 Delgivningar

- 19.1 Beslut fr Socialstyrelsen 2012-11-20, ang klagomål
- 19.2 Detaljplan för Smedby 19:114
- 19.3 MBL-protokoll § 11, 2012-11-07
- 19.4 MBL-protokoll § 11, 2012-12-14
- 19.5 Prot utdrag KS § 250/2012
- 19.6 Prot utdrag KF § 204/2012

5.

Redovisning av slutrapporten om Utveckling av vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt i Österåkers kommun 2009-2012

Socialförvaltningen
Susanne Öhrling

2012-11-27 Dnr

Till Vård- och omsorgsnämnden

Redovisning av slutrapporten om Utveckling av vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt i Österåkers kommun 2009 - 2012

Beslutsförslag

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att
notera informationen till protokollet.

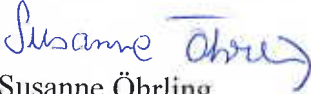
Bakgrund

Österåkers kommun har genom stimulansbidrag från Socialstyrelsen bedrivit ett utvecklingsprojekt under åren 2007-2012 för att utveckla verksamheterna för personer med demenssjukdom och kognitiv svikt. I föreliggande slutrapport sammanfattas fyra års projektarbete genom en beskrivning av hur Österåkers kommun och Stockholms läns landsting tillsammans utarbetat en lokal handlingsplan och samverkansmodell. Den senare har prövats och förankrats praktiskt och kan således integreras i ordinarie verksamhet.

Bilaga

Bilaga 1: Slutrapport Utveckling av vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt i Österåkers kommun 2009 – 2012.

Anne Simmasgård
Socialchef


Susanne Öhrling
Sakkunnig äldre

SLUTRAPPORT

Utveckling av vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt i Österåkers kommun 2009 - 2012.

Ett samarbetsprojekt med Stockholms läns landsting

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning	2
Bakgrund.....	2-3
Syfte.....	4
Mål.....	4
Projektorganisation.....	4
Sammanfattning av metodarbete och resultat under 2009- 2012.....	5-11
Samverkan mellan kommun och landsting.....	5
Flödesschema kommun/landsting.....	6
Samordnare.....	6-7
Utbildning och metodhandledning till vård och omsorgspersonal.....	8-10
Anhörigstöd.....	10-11
Erfarenheter och reflektioner.....	12-13
Referenser.....	14
Bilaga 1. Lokala samverkansrutiner	

Sammanfattning

Föreliggande slutrapport, är en sammanställning av fyra års projektarbete och beskriver hur Österåkers kommun och Stockholms läns landsting tillsammans utarbetat en lokal handlingsplan och samverkansmodell inom området vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt. Syftet var att implementera de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom utifrån lokala förutsättningar. Helhetssynen kring personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och deras anhöriga har varit central för projektets arbete då livssituationen för målgruppen ofta är komplex. Behovet av vård och omsorgsinsatser sträcker sig över många år. För att åstadkomma en fungerande vårdkedja var det därför viktigt att fastställa vem som gör vad, när och hur under sjukdomsförloppet. Samverkansmodellens arbetssätt har prövats och förankrats praktiskt och kan således integreras i ordinarie verksamhet.

Projektet, som finansierats av stimulansmedel var initialt ett kommunalt projekt inom Österåkers kommun men har under de två senaste åren utvecklats till ett samverkansprojekt. Ett avtal för samverkan finns undertecknat för 2011-2012. Projektet har omfattats av fyra delprojekt:

- Utbildningsinsatser som praktisk metodhandledning, föreläsningar och grupphandledning har erbjudits till vård- och omsorgspersonal. Resultatet av insatserna visar att framför allt praktisk metodhandledning är efterfrågad från personalen som behöver ökade kunskaper om bemötande och specifik kunskap om olika demenssjukdomar.
- Projektet har implementerat den sociala stimulansformen Reminiscence i kommunen. För närvarande finns reminiscencegrupper för svensk- och finsk talande kunder med kognitiva nedsättningar.
- Stöd och riktade utbildningsinsatser som anhörigcirklar till anhörigvårdare har erbjudits regelbundet under projektiden. Möjlighet till omvårdnadsrådgivning och information har funnits via kontakt med projektledaren, anhörigcaféer, anhöriggrupper samt föreläsningar. Anhörigvårdare beskriver i samband med utvärderingar av utbildningsinsatserna hur viktigt det är att träffa andra i liknade situation och stödja varandra samt uttrycker behovet av kunskaper om demenssjukdomar. Att få rätt stöd och utbildning bidrar till att de anhöriga orkar fortsätta vårda sina närstående.
- En samverkansmodell mellan kommun och primärvård har prövats under de sista två åren. Arbetssättet präglas av ett teamorienterat multiprofessionellt samarbete. Vi har utvecklat arbetsforum, rutiner och ett gemensamt flödesschema mellan organisationerna för att personer med demenssjukdom och deras anhöriga tidigt ska få kontakt med oss, kunna följas upp över tid och erbjudas rätt vård och omsorgsinsats. En samordnande funktion har utvecklats med uppdrag att informera, fånga upp och lotsa personer med demenssjukdom rätt mellan våra organisationer. Resultatet av arbetsmodellen visar att om kontakt etableras tidigt kan rätt vård och omsorgsinsats erbjudas i tid. Uppsökande insatser och uppföljningar av ensamstående personer med demenssjukdom utan kommunalt stöd, har varit viktigt för att på sikt motivera dessa att ta emot omsorgsinsatser. Arbetssättet har bidragit till att förebygga medicinska och sociala akutsituationer samt stärkt möjligheten till kvarboende.

Inledning

Österåkers kommun har med stöd av stimulansmedel bedrivit ett utvecklingsprojekt sedan 2009 riktat till kommuninnevånare med demenssjukdom eller kognitiv svikt. 2007 gjordes en kartläggning över kommunens resurser för personer med demenssjukdom eller minnessvårigheter vilken har legat till grund för vidare projektarbete under åren 2009-2012. I resultatet av kartläggningen framkom ett antal förbättrings- och utvecklingsområden av vård- och omsorgsinsatser i kommunen. Resultatet av kartläggningen visade också att vårdpersonalen saknade tillräcklig kunskap kring bemötande och behövde stöd och hjälp i omvårdnadsfrågor. Samarbetet med primärvården behövde förbättras och anhörigstödet utvecklas. Vidare framkom att de kommunala insatserna för målgruppen behövde bli mer personligt anpassade.

I dagsläget kan kommuninnevånare med demenssjukdom eller kognitiv svikt erbjudas hemtjänst, ledsagning, dagverksamhet, korttidsvård och särskilt boende samt social samvaro via Fyrens öppna verksamhet. Möjlighet till avlösning i hemmet finns med hjälp av personal från hemtjänsten. Anhöriga erbjuds anhörigstöd enskilt eller i grupp av kommunens anhörigkonsulent. Projektarbetet har utgått ifrån resultatet av denna kartläggning och de nationella riktlinjernas rekommendationer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom samt gällande lagstiftning.

Bakgrund

Österåker är en kommun med ökande befolkningstillväxt och med ett ökande antal äldre kommuninnevånare. I aktuell befolkningsstatistik (Befolkningsprognos 2011) framgår att åldersgruppen 75-79 år beräknas öka med drygt 2000 personer fram till 2020 och att åldersgruppen 80 år och äldre ökar med ca 2000 personer. Med ökad ålder ökar också risken att drabbas av demenssjukdom eller kognitiv svikt. Vid 80 års ålder är risken att insjukna ca 20 procent, vid 90 års ålder ca 50 procent (Regionalt Vårdprogram Demens, SLL 2011). På sikt betyder detta att fler kommuninnevånare kommer att drabbas av demenssjukdom och då vara i behov av någon form av vård och omsorg.

Kognitiv svikt och demenssjukdom

Kognitiv svikt är ett begrepp som innefattar minnessvårigheter som främst är åldersrelaterad. Försämringen av minnet omfattar intellektuella funktioner som är subjektiv och objektiv utan att personen ifråga uppfyller kriterierna för en demensdiagnos. Minnessvårigheterna kan också orsakas av en specifik skada t.ex. efter stroke (Regionalt Vårdprogram Demens, SLL 2011).

Vid demenssjukdom har personen fortskridande och omfattande försämringar av intellektuella och emotionella funktioner av sådan grad att individens yrkesmässiga och sociala funktioner begränsas. Förutom minnessvårigheter kan konsekvensen av demenssjukdom innebära att man kan få svårigheter att kommunicera, identifiera och hantera föremål samt svårigheter att utföra ändamålsenliga rörelser. Vidare kan konsekvensen också bli att man får svårigheter att känna igen personer och föremål som är välbekanta. Förmågan att tänka logiskt och ta beslut avtar under sjukdomsutvecklingen (Basun *et al.* 2002). Under sjukdomsförloppet får den demenssjuke svårare att ta egna initiativ och upprätthålla sitt sociala kontaktnät. När sjukdomen framskrider ytterligare har den demenssjuke svårt att verbalt kommunicera med omgivningen, även den fysiska funktionsnivån försämras successivt varför risken för passivitet, isolering och initiativlöshet ökar (Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen 2010).

Kartläggning, nationella riktlinjer och lagstiftning

För att möta framtidens ökade vård- och omsorgsbehov genomförde Österåkers kommun 2007-2008 en kartläggning av utvecklings- och förbättringsområden för kommuninnevånare med demenssjukdom eller kognitiv svikt och deras anhöriga. Projektet kartlade befintlig verksamhet för målgruppen och de behov av stödformer som fanns. Resultatet av kartläggningen visade att de kommunala insatserna behöver bli mer flexibla för målgruppen. Personalen saknade tillräcklig kunskap om bemötande och behövde stöd och hjälp i omvårdnadsfrågor. Biståndshandläggarna behövde stöd i bedömningen av omsorgsbehovet samt att anhörigstödet behövde utvecklas och att samarbetet med primärvården behövde fördjupas (Boström 2007).

I socialtjänstlagen, SoL betonas vikten av att kommunen beaktar äldre människors behov av att leva under trygga förhållanden, ha en meningsfull tillvaro i gemenskap med andra, samt stödja kvarboende (Bergstrand 2008). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL1982:763) ska kommun och landsting samverka för att uppnå effektivare användning av befintliga resurser genom att bland annat samordna insatserna på ett ändamålsenligt sätt i samråd med patienten.

Under 2009 presenterade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Riktlinjerna syftar till att ge kunskapsbaserade nationella rekommendationer om hur kommun och landsting gemensamt kan tillgodose behovet av vård och omsorg för personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Riktlinjerna lyfter fram evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder för målgruppen och syftar till att vara ett stöd för beslutsfattare i kommuner och landsting för att kunna styra hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom öppna, systematiska prioriteringar. Riktlinjerna innehåller indikatorer för god vård och omsorg som kan ligga till grund för bl.a. lokala uppföljningar. De givna rekommendationerna i riktlinjerna rangordnas efter prioritetsgrad som kan översättas med viktighetsgrad eller angelägenhetsgrad i vård- och omsorgsarbetet. En högt prioriterad rekommendation är personcentrerad omvårdnad. Personcentrerad omvårdnad innebär bl.a. att personalen inom socialtjänst och vård- och omsorgen strävar efter att behålla och bevara den demenssjukes livsmönster, värderingar och preferenser, värnar om medbestämmande och upprättar en relation med den demenssjuke. I riktlinjerna betonas också vikten av social stimulans och samvaro. Ytterligare några högt prioriterade rekommendationer är multiprofessionellt teambaserat arbete, som syftar till att skapa kontinuitet i vård och omsorgen, utbildning och handledning till vård- och omsorgspersonal samt stöd till anhöriga (Nationella riktlinjer för vård- och omsorg vid demenssjukdom, Socialstyrelsen 2010).

Med utgångspunkt från kartläggningen 2007-2008, gällande lagstiftning och fyra av de högt prioriterade rekommendationerna startade projektet 2009.

Projektarbetet kom att delas upp i fyra delprojekt:

- Samverkan mellan kommun och landsting
- Utbildning och metodhandledning till vård- och omsorgspersonal
- Sociala aktivitetsformer
- Anhörigstöd

Syfte

Projektet syftar till att implementera de nationella riktlinjernas rekommendationer för vård och omsorg vid demenssjukdom i kommunens och primärvårdens arbete i Österåkers kommun.

Mål

- Projektet ska resultera i en obruten vårdkedja som preciserar vem som gör vad, när och hur under hela sjukdomsförloppet för personer med demenssjukdom.
- Utveckla personcentrerat förhållningssätt för personer med demenssjukdom enligt de nationella riktlinjernas rekommendationer i särskilt boende och inom hemtjänst.

Projektorganisation

Beställare: Vård - och omsorgsnämnden i Österåkers kommun och Stockholms läns landsting.

Styrgrupp: Verksamhetschef för Husläkarna i Österåker. Verksamhetschef för primärvårdsrehabilitering, AktivaRe. Enhetschef för biståndsenheten, kommunens sakkunnig, äldre och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt en representant från landstingets hälso- och sjukvårdsförvaltning.

Projektledare, samordnare och handledare: Susanne Fäldt, specialistsjuksköterska i äldrevård.

2012 års projektarbete har inkluderat följande delprojektgrupper:

Delprojektgrupp 1: Två chefssjuksköterskor/distriktssköterskor från Margretelunds och Österåkers Husläkarmottagning, en arbetsterapeut från AktivaRe. En biståndshandläggare och projektledaren från Österåkers kommun.

Delprojektgrupp 2: Kommunens anhörigkonsulent och projektledaren.

Avgränsningar

De verksamheter som tackat ja till att delta i samverkansprojektet omfattas av projektarbetet. Under 2012 deltar från kommunen samtliga hemtjänstverksamheter, biståndsenhet anhörigkonsulent och en privat hemtjänstutförare.

Ytterligare deltagare är två särskilda boenden, två husläkarmottagningar och primärvårdsrehabilitering. Samverkan sker också tillsammans med kuratorerna på Danderyds minnesmottagning.

Ekonomi och tidsplan

Projektet har finansierats med stimulansmedel från Socialstyrelsen och omfattats av en projektledare på heltid under fyra år. Under 2011 och 2012 har arbetsgruppen från primärvården arbetat 45 timmar per år i projektet. Dessutom har en biståndshandläggare arbetat 20 procent under samma tidsperiod.

Sammanfattning av metodarbete och resultat av 2009-2012 års projektarbete

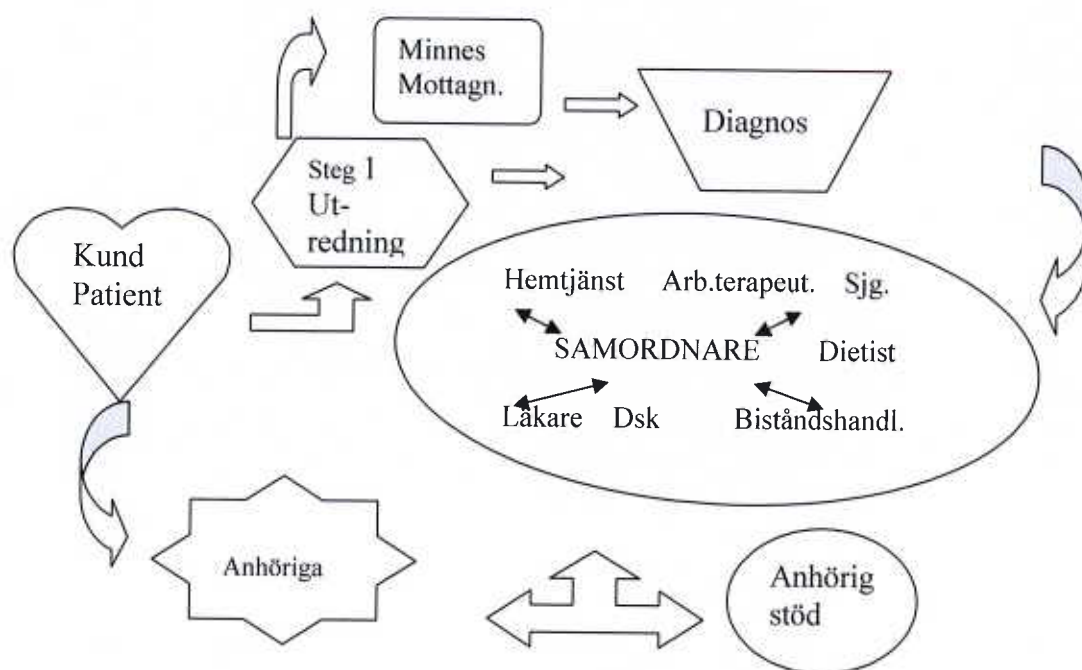
Samverkan mellan kommun och landsting

För att förbättra samarbetet mellan kommun och landsting och åstadkomma en obruten vårdkedja mellan organisationerna som preciserar vem som gör vad, när och hur under sjukdomsförloppet utarbetade delprojektgrupp 1 under 2010 och 2011 en samverkans modell som prövats praktiskt i kommunen. Utifrån metoden "Framtidsverkstad" arbetade projektet initialt fram en teoretisk arbetsmodell. Metoden bygger på erfarenheter av demokratiskt inriktat förändringsarbete och teorier om organisationsutveckling, projektarbete samt kommunikation.

Under åren 2011- 2012 prövades den teoretiska arbetsmodellen praktiskt tillsammans med samtliga hemtjänstverksamheter, biståndsenheten, två husläkarmottagningar och primärvårdrehabiliteringen. Detta innebar att kommuninnevånare i Österåker under hela sjukdomsförloppet skulle erbjudas rätt vård- och omsorgsnivå i tid och att anhörigvårdare fick anpassat stöd och/eller utbildning. Samverkansmodellens syfte var att genom ett gemensamt arbetssätt öka kontinuitet och helhetssyn i vård- och omsorgsarbetet. Utveckla gemensamma arbetssätt och rutiner för att fånga upp personer med demenssjukdom i tidig sjukdomsutveckling för att förhindra att dessa personer "faller mellan stolarna" mellan våra organisationer. För att detta praktiskt skulle kunna genomföras har projektgruppen och projektledaren aktivt arbetat tillsammans och utvecklat följande arbetsmodell:

- **Teammöten i hemtjänst** – Ett forum för båda organisationerna att hitta praktiska lösningar vid omvårdnadsproblem hos kunderna, erbjuda reflektion kring etiska aspekter, möjlighet att diskutera bemötandefrågor och ett tillfälle att fånga upp behovet av praktisk metodhandledning hos vårdpersonalen. På teammötena medverkade distriktssköterskor, biståndshandläggare, arbetsterapeuter och projektledaren tillsammans med vårdpersonal och enhetschefer. Syftet med teammötena var att öka kontinuitet och trygghet för målgruppen. Utvärdering av teammötena visade att det är ett bra forum för problemlösning och tillvaratagande av kompetens samt skapar förutsättningar för ökad kontinuitet och helhetssyn i vård och omsorgsarbetet för den enskilde. Forumets innehållsstruktur och tids disponering behövde utvecklas och periodvis har det varit svårt för samtliga professioner att närvara vid varje teammöte (Fältdt 2011). Kommentarer från intervjuer med enhetschefer:
"Vi får svar på våra frågor direkt"
"En bra resurs för stöd och rådgivning"
"Ibland är inte biståndshandläggarna med."
- **Rutiner och flödet mellan våra organisationer** – Projektets arbetsgrupp har regelbundet granskat, diskuterat och prövat lämpliga rutiner och förfarande mellan organisationerna för att säkra vårdkedjan. I **bilaga 1** "Lokala samverkansrutiner" återfinns rutinerna. Samverkansrutinerna ska ses som ett levande dokument och som regelbundet behöver revideras för att fungera. För att förtydliga hur personer med demenssjukdom fångas upp och lotsas till rätt vård- och omsorgskontakt mellan organisationerna har även ett flödesschema tagits fram:

Flödesschema kommun/ landsting



Förklaring av flödesschemat

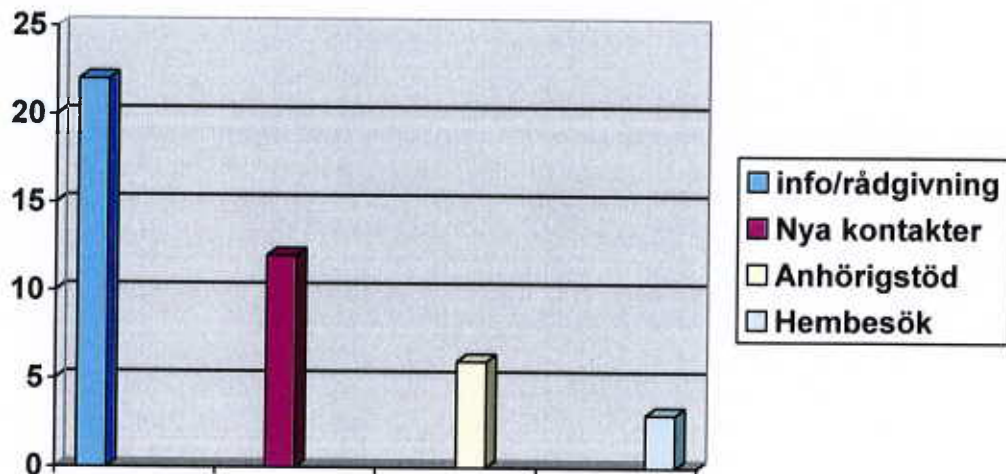
En person söker husläkarmottagningen för minnesproblem – en steg 1 utredning påbörjas. Efter diagnos skickas en remiss från husläkare till samordnaren som kontaktar patienten/ anhöriga. Rådgivning – information ges.

Samordnaren lotsar familjen till rätt vård- eller omsorgsinstans. Uppföljning sker enligt överenskommelse. Omvänt scenario kan ske då tex hemtjänst, arbetsterapeut eller biståndshandläggare uppmärksammar en person med misstänkta minnessvårigheter. Kontakt med husläkarmottagning och samordnare sker då enligt schemat.

Samordnare – Den samordnande funktionen har varit central för samverkan mellan organisationerna. Samordnaren har haft till uppgift att fånga upp, informera och lotsa personer med demenssjukdom till rätt vård- och omsorgsinstans. Som ett led i detta arbete har ett remissförfarande mellan husläkarmottagningarna, primärvårdrehabiliteringen och projektets samordnare prövats under 2011-2012. Med patientens medgivande skickas en remiss från primärvården till samordnaren som tar kontakt med patienten och/eller dennes anhöriga. Arbetssättet har effektivt bidragit till att kommunen fått kännedom om nydiagnostiserade kommuninnevånare och därmed kunnat erbjuda omsorgsinsatser i god tid. Samordnaren har bidragit med information om kommunala insatser, möjlighet för anhöriga att få rådgivning om demenssjukdom samt kontaktuppgifter till angörigkonsulent, biståndshandläggare och primärvårdsrehabilitering. Ett remissvar har därefter skickats till husläkaren med kort information om vidtagna åtgärder. Samordnaren har även haft till uppgift att följa upp personer med demenssjukdom/kognitiv svikt utan kommunala insatser över tid. Detta har skett med personens och/ eller anhörigas medgivande och har varit särskilt viktigt för ensamstående. Den uppsökande och uppföljande insatsen har bidragit till att ensamstående i tid fått stöd och hjälp och därigenom förebyggt akuta sociala och medicinska situationer.

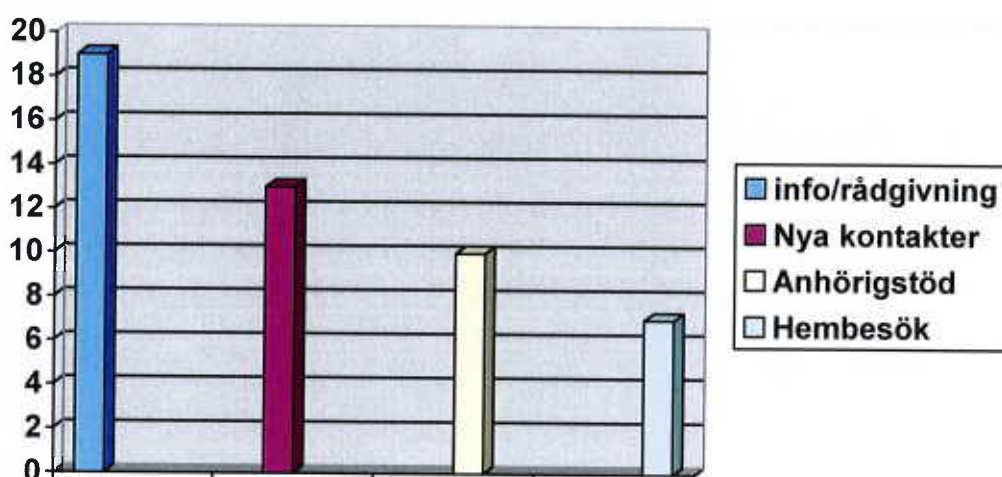
Vidare har samordnarens funktion varit att ge rådgivning/handledning i enskilda ärenden till primärvårdens och kommunens personal. Hembesök tillsammans med primärvårdens personal eller biståndshandläggare har därför ingått. 30 procent av projektledarens tid har använts till att arbeta med samverkansmodellen.

Resultat av samordnarens insatser utifrån flödesschemat i vårdkedjan mars-okt 2011
(Siffrorna anger antal personer)



- Stapel 1** Antalet personer vi kommit i kontakt med utifrån arbetsmodellen (22 st)
Stapel 2 Antalet nya kontakter med familjer/personer som var okända för kommunen (12 st)
Stapel 3 Antalet nya anhöriga som önskar stöd (6 st)
Stapel 4 Antalet hembesök hos familjer utan kommunalt stöd (3 st)

Resultat av samordnarens insatser utifrån flödesschemat i vårdkedjan jan- sept 2012
(Siffrorna anger antal personer)



- Stapel 1** Antalet personer vi kommit i kontakt med utifrån arbetsmodellen (19 st)
Stapel 2 Antalet nya kontakter med familjer/personer som var okända för kommunen (13 st)
Stapel 3 Antalet nya anhöriga som önskar stöd (10st)
Stapel 4 Antalet hembesök hos familjer utan kommunalt stöd (7st)

Utbildning och metodhandledning till vård- och omsorgspersonal

Under projekttiden har praktisk metodhandledning s.k. "jag- stödjande förhållningssätt" erbjudits all personal inom hemtjänst och särskilt boende. Utgångspunkten för handledning är personalens upplevelse av ett omvårdnadsproblem som kan knytas till bemötandet av den enskilde. "Jag – stödjande" förhållningssätt är en pedagogisk metod där vårdaren försöker kompensera för de brister som drabbat funktionsförmågorna hos den demenssjuke. Vårdaren stödjer de förmågor som fortfarande är bibehållna genom att beakta och se till det friska. Genom detta arbetssätt stödjer man personens jag. Effekter av detta arbets- och förhållningssätt är att den demenssjukes självkänsla stärks och främjar intakta funktioner. Samarbetet med personalen underlättas (Cars J *et al*, 2006). Vidare ingick fortbildning i bemötande till vårdpersonal i form av samtalshandledning och/eller praktisk handledning. Utrymme för personalens reflektion kring det egna bemötandet och förhållningssättet samt feedback från projektledaren har ingått. Ofta har grupphandledning använts då etiska dilemman behövts diskuteras.

I samband med handledningen har projektledaren och vårdpersonalen utarbetat en personlig bemötandeplan för den demenssjuke. Denna plan har använts i det dagliga arbetet och fungerat som ett stöd för personalgruppen. Uppföljning av handledningen och bemötandeplanerna har skett en tid efter avslutad handledningsinsats. Två utvärderingar har gjorts av metodhandledningen, 2009 och 2010 i enkätform till vårdpersonal och två gruppintervjuer med enhetschefer. Sammanställning av enkäterna visar tydligt att metodhandledning givit personalen ökad kunskap kring bemötande av personer med demens eller kognitiv svikt. Det finns ett behov i personalgrupperna av vägledning och utbildning om demenssjukdomar samt hjälp med att utforma en personcentrerad omvårdnad kring den enskilde. I enkäten framgår också att det blivit lättare att ta upp och diskutera svårigheterna kring målgruppen när handledning varit tillgänglig. (Fäldt 2009).

I gruppintervjuerna med berörda enhetschefer framkom att de önskar fortsatt stöd till personalen i form av metodhandledning men också regelbundna grupphandledningstillfällen på arbetsplatserna i syfte "att stärka och stödja personalen på plats". Vidare framkom att två personer med demenssjukdom med en komplicerad hemsituation fick med ökad kontinuitet och handledning för hemtjänstpersonalen en klart förbättrad hemsituation. Genom att de demenssjuka fick förtroendet för ett mindre antal personal kunde planerade insatser genomföras (Fäldt 2009).

I resultatet framkom även att fortsatta kompetenshöjande insatser till framförallt hemtjänstpersonal efterfrågades, för att verksamheterna skulle kunna erbjuda högre kompetens och den kontinuitet som krävs för att ge en personcentrerad vård och omsorg (Fäldt 2009). Handledning till vårdpersonal under strukturerade former tillför ny kunskap utifrån den enskilde medarbetarens kunskapsnivå. Att lära sig och få möjlighet att reflektera över sitt eget bemötande under vårdarbetet och förstå sin egen roll i det upplevda problemet är centralt och ökar personalens förmåga till reflektion. Handledningen bidrar också med kunskap om olika demenssjukdomar, vilket är direkt kompetenshöjande för verksamheterna (Fäldt 2010). Handledning har efterfrågats regelbundet under projekttiden. Ett handledningstillfälle tar ca 1-2 timmar/gång och pågår i snitt tre till sju gånger. Ett skriftligt svar skickas alltid till enhetschefen efter avslutad handledning.

Övriga utbildningsinsatser:

2010

En grundutbildning i demensvård om totalt nio timmar genomfördes på ett av kommunens särskilda boenden. Utbildningen riktade sig till vårdpersonal som nyligen börjat arbeta med demensvård och bestod av undersköterskor, sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden, totalt åtta personer. Kursens innehåll handlade om de vanligaste demenssjukdomarnas symtom och skadeområden samt symtomlindrande behandling. Vidare innehöll utbildningen fallbeskrivningar vid **BPSD** problematik (**B**eteende och **P**sykiska **S**ymtom vid **D**emenssjukdom) som deltagarna fick göra en gemensam bemötandeplan för. Syftet med övningen var att identifiera utlösande faktorer som exempelvis miljön, personalens bemötande eller medicinska orsaker till BPSD och därefter försöka hitta lösningar/förhållningssätt som mildrar den demenssjukes beteendestörningar. Information om de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom ingick, där personcentrerad omvårdnad och anhörigas situation var tyngdpunkten. Projektledaren ansvarade för genomförande och innehåll. Utvärdering av kursen gjordes i enkät form och resultatet av den visade att kursen väl motsvarade personalens behov av grundläggande kunskaper i demensvård (Fäldt 2010).

2011

En kurs i motiverande samtal (MI -motivational interviewing- en på samarbete grundad personcentrerad form av vägledning för att framkalla och stärka förändring) har hållits för biståndsenhetens handläggare och anhörigkonsulent.

Utbildningens mål var att utveckla och förbättra handläggarnas/anhörigkonsulentens samtalsmetodik i mötet med personer med kognitiva nedsättningar genom teoretiska och praktiska kunskaper. Utbildningen upphandlades och Active Omsorg och Skola i Linköping AB ansvarade för genomförandet, totalt 28 timmar och 14 personer deltog i utbildningen.

Två föreläsningar om nationella riktlinjer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom har erbjudits till personal inom kommun och landsting, politiker och chefer. Föreläsningarna fokuserade på de delar som behandlar omvårdnad, omsorg och rehabilitering av personer med demenssjukdom. Totalt deltog 55 personer (Fäldt 2011).

2012

Två föreläsningar för vård- och omsorgspersonal i vård i livets slut har hållits under våren 2012 med inhyrd föreläsare.

Två föreläsningstillfällen om "jag –stödande förhållningssätt" har hållits av projektledaren till Kortidsenheten. Cirka 40 procent av projektledarens tid har använts till handledning och övriga utbildningsinsatser.

Sociala aktivitetsformer

Reminiscence – ihågkomst, är en social stimulansform som riktar sig till personer med demens eller kognitiv svikt där man med hjälp av olika samtalsteman skapar social gemenskap. Genom att skaffa sig kunskap om deltagarnas livshistoria kan minnesöar fångas upp och utifrån dessa byggs samtalsteman. Reminiscence stimulerar talet och övriga sinnen och återkallar därmed upplevelser som ligger långt tillbaka i tiden. Effekten av denna sociala aktivitet är att personer med demenssjukdom får en förankring i verkligheten en stund. Detta leder ofta till minskad ångest som hos vissa personer med demenssjukdom kan vara uttalad. Som en del i utvecklandet av personcentrerad omvårdnad pågick ett arbete med den sociala stimulansformen under 2009-2010. Gruppaktiviteterna har genomförts en gång i veckan på Solhälla trygghetsboende och på Görjansgården, Ljusterö av projektledaren med ett deltagarantal mellan två till sju personer/ grupp.

Över tid ökade antalet deltagare framförallt på Solhälla. Aktiviteten hos deltagarna ökade också över tid genom att de själva kom med förslag på teman som vi använde oss av på gruppträffarna. De svårast sjuka visade ökad vakenhet genom att t.ex. nynna med i kända melodier och texter (Fäldt 2010).

Projektledarens upplevelse är att reminiscence är en uppskattad form av social samvaro och lämpar sig mycket väl för målgruppen .

Under hösten 2011 valde Solhälla trygghetsboende att fortsätta reminiscencegruppen med egen personal. Utbildning till personal bistod projektledaren med.

I samverkan med Finskt förvaltningsområde i Österåkers kommun har även en reminiscence grupp med finsktalande demenssjuka kunder startat under senhösten 2011.

Den tvåspråkiga personal som kände kunderna fick utbildning i att leda reminiscencegruppen självständigt. Detta gav kunderna möjlighet att tala sitt modersmål och hitta minnesöar utifrån samma kulturkompetens. Aktiviteter som dessa bidrar till att öka känslan av sammanhang och social tillit samt är ett exempel på hur den personcentrerade omvårdnaden kan utvecklas och bidra till en meningsfull vardag för målgruppen (Fäldt 2011).

Anhörigstöd

Tillsammans med kommunens anhörigkonsulent har projektledaren under projekttiden erbjudit samtalsstöd, utbildningscirklar och telefonrådgivning för anhörigvårdare. Kontakt med nya anhöriga har skett via kommunens hemsida, anhörigcaféerna på Fyren, via teammötena ute i verksamheterna, via den skriftliga information som delats ut av minnesmottagningen och genom ”remissförfarandet” från husläkarmottagningarna. Även genom de anhöriggrupper som anhörigkonsulenten arbetar med har projektledaren deltagit, då behov av att diskutera specifika demensfrågor infunnit sig. Ett önskemål från anhöriga som vi haft kontakt med var att projektet anordnade föreläsningar och utbildningscirklar om demenssjukdomar. Nedan redovisas en sammanställning av genomförda anhörigstödsaktiviteter utifrån projektets mål:

Telefonrådgivning: Samtalen har handlat om omvårdnadsrådgivning utifrån specifika omvårdnadssituationer kopplat till demenssjukdom, frågor om hjälpmedel och kommunalt stöd t.ex. avlösningsmöjligheter och anhörigstöd. Samordnaren har lotsat personen vidare vid behov enligt flödesschemat till rätt person inom våra organisationer. Samtalsfrekvensen för telefonrådgivning har legat på ca tre till sju samtal i månaden under projekttiden.

Enskilda samtal: Under projekttiden har även möjlighet till samtal funnits med enskilda anhöriga eller andra familjemedlemmar. Vid dessa samtal har råd, stöd och information givits utifrån situationsbundna frågeställningar. Projektledaren och anhörigkonsulenten har samarbetat vid dessa samtal. Under projekttiden har frekvensen av samtalen legat på ca ett – två samtal per månad.

Anhörigföreläsningar: Fyra föreläsningar för anhöriga har ägt rum under sista två åren. Tre föreläsningar har handlat om demenssjukdomar och bemötande vid demenssjukdom – hur man som anhöriga kan underlätta kommunikationen med sin närstående. Föreläsningarna förmedlade verktyg och strategier för den anhörige samt hur man som anhörig kan använda sig av strategier för att hantera starka känslor och minska sin egen ohälsa. 24 personer deltog.

Kommentarer från föreläsningen:

”Precis vad jag behövde höra”

”Lagom nivå, när man ska prata om jobbiga känslor”

Den fjärde och sista föreläsning riktade sig till anhöriga med närstående som haft stroke. Föreläsningen utgick från den anhöriges perspektiv och fokuserade på kognitiva nedsättningar efter en stroke. Totalt deltog 25 personer.

Anhörigcaféer: Under projekttiden har projektledaren deltagit på de anhörigcaféer som anhörigkonsulenterna anordnar. Det har då getts möjlighet för besökarna att ställa frågor om demenssjukdomar. Besökarna har erhållit rådgivning och information.

Anhörigcirkel: Projektet har terminsvis de tre sista åren anordnat anhörigcirkel för anhörigvårdare med tre till sju anhöriga per cirkel. Cirkelarna riktade sig i huvudsak till anhöriga som tidigare inte deltagit i någon form av anhörigstöd. Exempel på en cirkels innehåll är bemötande vid demenssjukdom – ”jag stödjande förhållningssätt”, omvårdnadsfrågor, minneshjälpmedel, nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom, litteraturtips och information om kommunala insatser. Gäster med speciell kompetens bjöds in till cirkelarna t.ex. arbetsterapeut gällande minneshjälpmedel och biståndshandläggare gällande lagstiftning och kommunala insatser. Avslutad cirkel utvärderades med hjälp av enkät. Sammantaget har innehåll och upplägg tagits väl emot från de anhöriga. Kommentarer efter vår sista cirkel från i våras:

”Värdesätter speciellt att gruppen bestod av anhöriga med närstående som har demenssjukdom”

”Jag har fått oerhört mycket hjälp”

”Bra med mindre grupper där alla kan komma till tals”

Sammanfattningsvis har cirkelarna bidragit med ökad kunskap hos anhörigvårdaren, minskad frustration och ökad förståelse för den individuella sjukdomsutvecklingen hos den närstående. Att kunna spegla sig hos andra som delar samma situation, bekräftar och stärker den anhörige samt ger möjlighet att skapa ett kontaktnät där man kan ta stöd av varandra. Cirka 30 procent av projektledarens tid har använts till anhörigstödsaktiviteter.

Fortsatt arbete 2013

Projektet avslutas vid årsskiftet 2012. Efter beslut i vård- och omsorgsnämnden i Österåker kommer den samordnande funktionen att permanentas med uppdraget att arbeta med förebyggande och uppsökande insatser till personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt. Vård och omsorgsnämnden har undertecknat ett avtal med landstinget om samverkan som omfattar vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras anhöriga.

Erfarenheter och reflektioner

Arbetsgruppernas, styrgruppens och projektledarens reflektioner och erfarenheter av projektet:

Vi tycker att projektet har medvetandegjort att vården och omsorgen för personer med demenssjukdom behöver utvecklas och förbättras i Österåkers kommun. Vi har blivit mer uppmärksamma på personer med kognitiva svårigheter och snabbare på att initiera steg i utredningar.

Projektet har lyckats fånga upp personer med kognitiva svårigheter och demenssjukdom genom att utveckla nätverket mellan olika professioner i kommun och landsting och genom samverkansmodellen. Det finns upparbetade rutiner för uppföljning och åtgärder kan erbjudas i tidigt skede, vilket ökat motivationen hos primärvården att utreda kognitiva svårigheter. Projektet har också utvecklat den personcentrerade omvårdnaden för den enskilde. Flödet mellan organisationerna är förbättrat vilket leder till att målgruppen snabbare får kontakt med rätt vård- och omsorgsinstitution. Remissförfarandet mellan husläkarmottagningarna och samordnaren har underlättat kontakten med personer med demenssjukdom och inte minst deras anhöriga.

Utbildningsinsatserna

Fler anhöriga har fått utbildning och individuell rådgivning och fler har också kommit i kontakt med kommunens anhörigkonsulent. Antalet anhörigkontakter har ökat framförallt under 2012. Kompetensen hos vårdpersonalen upplever vi bitvis ha ökat då handledningsuppdragen är av svårare karaktär. Personalen söker inte handledningshjälp för enklare bemötandefrågor jämfört med när projektet startade. Det är svårt att få vårdpersonal att bli intresserade av vården och omsorgen för personer med demenssjukdom. Vi har uppmärksammat de svårigheter som verksamheterna har att rekrytera motiverad personal. Ytterligare en svårighet för verksamheterna är att erbjuda kontinuitet som är så viktigt för målgruppen. Tyvärr hjälper det inte alltid med utbildningsinsatser och handledning om inte grundförutsättningarna finns.

Metod och arbetsformer

Det har varit lyckosamt för måluppfyllelsen i projektet att arbetsprocessen har fått ta tid. Arbetsgrupperna har under projekttiden varit konstanta och arbetet har präglats av kompetens, lyhördhet och högt deltagande. Viljan till förändring har varit stor. Projektgruppen tycker att valet av arbetsmetod "Framtidsverkstaden" och projektledarens engagemang lyft deltagarnas kompetens.

Genom att projektet började som ett kommunalt projekt, en kartläggning initialt för att sedan även omfatta landstinget har aktiviteter och arbetsformer utvecklats under projektets gång. Vi har haft tid och möjlighet att revidera och göra om vilket har varit gynnsamt för resultatet - en lokal samverkansmodell som är prövad i kommunen.

Projektets genomförande

Intresset för projektets utveckling och innehåll har funnits både politiskt och lokalt vilket vi ser som en förutsättning för att kunna genomföra projektet. Likaså har stimulansmedlen varit viktiga för finansieringen. Fler och fler verksamheter valde också att delta över tid och har resulterat i att projektet involverats i samtliga verksamheter inom äldreområdet, vilket är en styrka i genomförandet av projektarbetet.

Det har varit gynnsamt för projektet att deltagarna i styrgruppen arbetar både inom landstinget och kommunen. Detta har bidragit till en helhetssyn i arbetet för målgruppen. Vi har haft ett bra stöd och engagemang från de flesta styrgruppsmedlemmar under projekttiden.

Från arbetsgruppens sida tycker några att de inte fullt ut fått stöd i implementeringen av samverkansmodellen från sina chefer inom den egna verksamheten.

Periodvis har informationsdelen om projektet tagit mycket av projektledarens tid då verksamheterna inom hemtjänst och särskilt boende bytt chefer i omgångar. Ny baspersonal har också börjat vilka behövde få kännedom om projektet.

Vi upplevde att personalomsättningen ute i verksamheterna var en faktor som försvårade projektets arbete.

Mötesformer

Ytterligare en svårighet för implementering av projektet var att hitta former för samverkan. Vi har använt oss av redan befintliga mötesformer som teammötena ute i verksamheterna och termins möten för samverkan mellan kommun och landsting. Vi ser att det inte funnits förutsättningar för nya mötesforum, vilket resulterat i att projektledaren utvecklat olika strategier för att få komma till tals på t.ex. personalmöten, chefsmöten och luncher.

Ibland har projektledaren även kommit oanmäld till verksamheterna. Telefon och mail kontakter har fungerat dåligt. Personlig kontakt har fungerat bäst för att få verksamheterna att vilja delta i projektet.

Under projekttiden har vi huvudsakligen använt oss av befintliga personal resurser inom båda organisationerna . Vi tror att en styrka i projektet är att projektdeltagarna är väl förtrogna med organisationernas strukturer och känner personalen i verksamheterna. Det har underlättat förankringen av samverkansmodellen.

Referenser

Basun, H, Ekman S-I, Englund E, Gustafson, L, Lannfelt, L, Nygård, L, Terzis, B, Wahlund, L-O
Om Demens. Falköping Liber AB.2002

Befolkningsprognos, Österåkers kommun (2011-2020)

Cars, J, Zander, B
Samvaro med dementa. Stockholm Gothia förlag AB 2006

Hälso- och sjukvårdslagen. (1982:763)

Projekt: Kartläggning av resurser och behov hos personer med demens eller demensliknande symtom
i ordinärt boende. Ann Boström Österåkers Kommun 2007-2008

Projekt: Utveckling av vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt i
Susanne Fäldt Österåkers kommun. 2009

Projekt: Utveckling av vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt i
Susanne Fäldt Österåkers kommun.2010

Projekt: Utveckling av vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt i
Susanne Fäldt Österåkers kommun.2011

Regionalt vårdprogram – Demens Stockholms Läns Landsting.2011

Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010
– Stöd för styrning och ledning .

Socialtjänstlagen: Den nya Socialtjänstlagen. Bergstrand B-O
Bolaget för kommunlitteratur 2008 Höganäs

Lokala samverkansrutiner



**För personer med kognitiv nedsättning eller
demenssjukdom i Österåkers kommun**

Innehållsförteckning

Till dig som i ditt arbete möter personer med kognitiva nedsättningar eller demenssjukdom.....	1
Flödesschema kommun och landsting.....	2
Identifieringsguide.....	3
Gemensamt uppdrag.....	4
Rutiner Biståndsenhet.....	5-6
Rutiner Primärvården (Husläkarna i Margretelund och Husläkarna i Österåker).....	7-10
Rutiner Primärvårdsrehab. i Österåker, AktivaRe	11-20

Till dig som i ditt arbete möter personer med kognitiva nedsättningar eller demenssjukdom.

Dessa rutiner är framtagna i samverkan mellan Österåkers kommun och Stockholms läns landsting inom projektet ” Utveckling av vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt 2009 -2012. Rutinerna utgår från de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom och är anpassade till lokala förutsättningar. Vår förhoppning är att dessa ska vara till hjälp praktiskt och tydliggöra vem som gör vad när du möter en person med minnessvårigheter. Framtagna rutiner är godkända av styrgruppen 2012-12-03.

I arbetsgruppen har följande personer ingått:

Susanne Fäldt, projektledare	susanne.faltd@osteraker.se
Annika Lennkvist-Manriquez leg. Arbetssterapeut	annika.lennkvist-manriquez@sll.se
Ann Boström , Biståndshandläggare	ann.bostrom@osteraker.se
Åsa Nordmark –Åkerblom Distriktssköterska	asa.nordmark-akerblom@ptj.se
Birgitta Buskas Distriktssköterska	birgitta.buskas@ptj.se

I styrgruppen har följande personer ingått:

Susanne Örhling	Äldre sakkuning, Österåkers kommun
Rune Modig	Beställarkontoret, Stockholms läns landsting
Anders Lindh	Verksamhetschef, Husläkarna i Österåker
Inger Blom	Verksamhetschef, Primärvårdsrehab i Österåker, AktivaRe
Sigbritt Sundling	Chef biståndsenheten, Österåkers kommun
Birgitta Almén	Medicinskt ansvarig sjuksköterska, Österåkers kommun

Länkar:

www.viss.nu

www.demensförbundet.nu

www.demensrådet.se

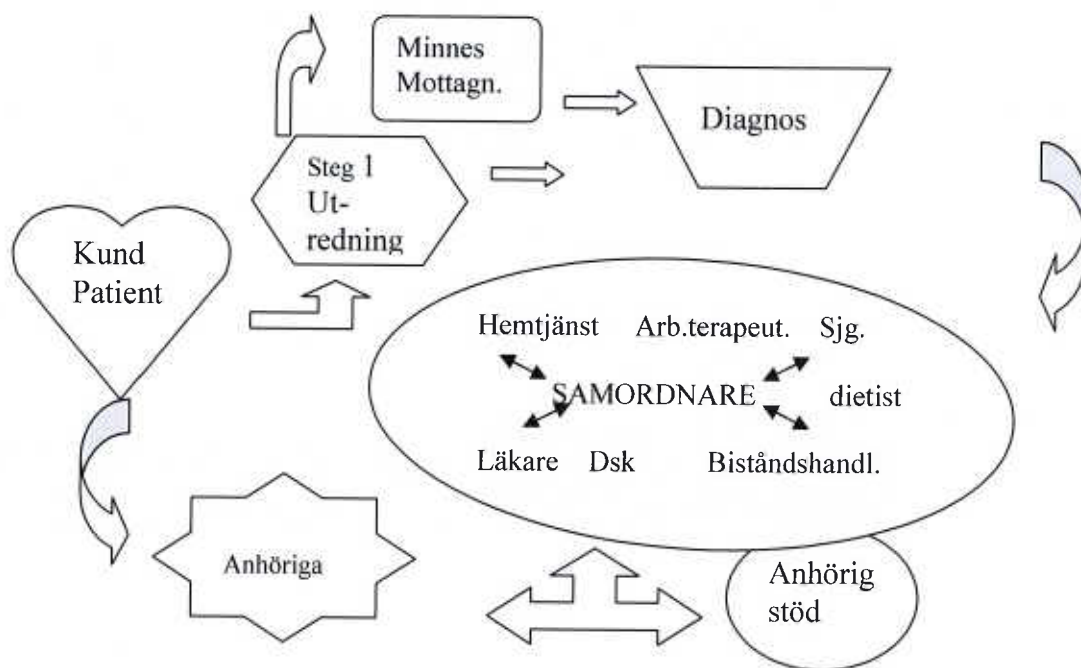
www.socialstyrelsen.se

www.svensktdemenscentrum.se

www.alzheimerforeningen.se

Flödesschema kommun/ landsting

För att åstadkomma en personcentrerad vård och omsorg och en fungerande vårdkedja för personer med demenssjukdom/ kognitiv nedsättning har ett flödesschema utarbetats.



Förklaring av flödesschemat

En person söker husläkarmottagningen för minnesproblem – en steg 1 utredning påbörjas. Med patientens samtycke skickas efter diagnos en remiss från husläkare till samordnare som kontaktar patienten/ anhöriga. Rådgivning och information ges.

Samordnaren lotsar familjen till rätt vård eller omsorgsinstans. Uppföljning sker enligt överenskommelse. Omvänt scenario kan ske då tex hemtjänst, arbetsterapeut eller biståndshandläggare uppmärksammar en person med misstänkta minnessvårigheter. Kontakt med husläkarmottagning och samordnare sker då enligt schemat.

Identifieringsguide

Minnessvårigheter

- Glömska kring aktuella händelser och överenskommelser
- Svårt att komma ihåg tider eller vilken dag det är
- Glömmer att ta eller överdoserar mediciner
- Svårt att komma ihåg om man ätit eller inte
- Svårt att känna igen ansikten eller personer i omgivningen
- Förlägger saker - letar
- Gammal mat i kylan
- Obetalda räkningar
- Läkemedel hämtas inte från Apotek

Förändrad personlighet

- Orolig
- Ökad irritation, har svårare att hejda sin ilska
- Ökad misstänksamhet, visar obefogad svartsjuka
- Förändrade matvanor, ökad hunger eller mättnadskänsla, försämrat bordsskick
- Tappat lust och intresse för det som tidigare varit viktigt såsom aktiviteter, personer och mat

Språkliga svårigheter

- Svårt att uttrycka sig i tal och skrift
- Upprepar och stakar sig
- Avtagande förmåga att läsa och förstå, lyssna på TV och radio

Praktiska svårigheter

- Svårt att hitta i välkända miljöer
- Svårt att använda vardagliga föremål till exempel kaffebryggare, telefon, tvättmaskin eller fjärrkontroll
- Svårt med hygien/påklädning

Gemensamt uppdrag

Identifiering

- Vi ska reagera på förändrat beteende.
- Vi ska uppmärksamma nya symtom hos personer med känd demensdiagnos.
- Vi ska samverka så att symtom och tecken vi uppmärksammat kan utredas.

Utredning

- Vi ska utreda symtom i ett tidigt skede för att kunna fastställa diagnos.
- Vi ska ge behandling i syfte att förbättra/bibehålla psykiska och fysiska funktioner.

Omvårdnad och stöd

- Vi ska göra en tidig behovsbedömning av stödinsatser
- Vi ska uppmärksamma anhörigas behov av stöd och stödja dem i deras vardag.
- Vi ska ge trygghet och omvårdnad utifrån personens individuella möjligheter och behov

Uppföljning

- Vi ska regelbundet följa upp sjukdomsutveckling och utvärdera effekter av medicinsk behandling.
- Vi ska regelbundet följa upp att behov av omvårdnad och stöd är tillgodosedda.
- Vi ska följa upp att anhörigas behov av stöd tillgodoses

Rutiner inom biståndsenheten för samarbete med demensteamet/samordnaren

I det tänkta teamet inom kommunen skall finnas en samordnare och till teamet skall en biståndshandläggare vara knuten.

Biståndshandläggaren i teamet skall inte ha någon myndighetsutövande funktion, utan skall fungera som en länk emellan team och biståndsenhet.

I de nationella riktlinjerna finns särskilda prioritetsförslag som har rangordnats.

Personcentrerad omvårdnad är högt prioriterat.

För att denna prioritet skall uppnås, vilket också åsyftar att minska risken för att någon med demenssjukdom och/eller kognitiv svikt hamnar emellan olika huvudmäns ansvarsområde har demensprojektet utarbetat följande förslag utifrån kommunens ansvarsområde.

Det åligger kommunen att utreda eventuella behov av omsorger om det till kommunen inkommer uppgifter om att omsorgsbehov kan finnas hos enskild person.

Nedanstående rutiner beskrivs med ett par tänkta händelseförlopp där det personcentrerade synsättet är i fokus, och som också innefattar kommunens skyldighet att uppmärksamma eventuella behov.

- 1) I projektet har arbetats fram rutiner inom primärvården. När läkare träffar patient som kan behöva stöd/information ifrån kommunen skickas en remiss till samordnaren efter att ha inhämtat personens samtycke.

Samordnaren kontaktar den till teamet knutne biståndshandläggaren som tar reda på om personen har insatser och därigenom har en ansvarig biståndshandläggare.

Parallellt kontaktar samordnaren personen för att informera om möjlighet till att ansöka om insatser hos biståndsenheten, samt informerar om anhörigkonsulents verksamhet, eller annat relevant, beroende av vilka frågor som uppkommer.

Om personen inte önskar kontakt med biståndshandläggare behåller samordnaren kontakt med personen om denne önskar detta.

Under projektets gång har samordnare och biståndshandläggare, knuten till projektet, genomfört hembesök för att motivera till stöd i förekommande fall. När personen känner sig redo att ta emot stöd kontaktas ordinarie biståndshandläggare för handläggning av stödinsatser.

- 2) Ibland inkommer läkarintyg, gällande demensdiagnos, direkt till biståndsenheten.

Ordinarie biståndshandläggare tar då kontakt med personen och informerar om möjlighet till att ansöka om insatser. Om personen inte vill ansöka om insatser läggs intyget i enhetens månadspärm.

Vid samma tillfälle frågar biståndshandläggare om kommunens samordnare får kontakta personen vid ett senare tillfälle kanske om ett halvår eller några månader för uppföljning.

Om personen accepterar detta lämnas uppgifterna till samordnaren, men avslutas på biståndsenheten genom att intyget m.m. läggs i månadspärm (eftersom personen inte blivit ett ärende hos biståndsenheten) Där det också dokumenteras vilka åtgärder som vidtagits.

Om personen inte önskar kontakt med samordnaren noteras detta i förhandsbedömningen och biståndshandläggaren lämnar kontaktuppgifter till samordnare och ordinarie biståndshandläggare till personen som då har egen möjlighet att kontakta enheten.

- 3) Biståndshandläggaren kan också använda den särskilda kompetens som samordnaren eller den till projektet knutne biståndshandläggare har genom att denne följer med på hembesök. Detta fungerar idag.

Genom att biståndsenheten gör både förhandsbedömning och har möjlighet att överlämna till samordnare säkerställs möjlighet till personcentrerade insatser.

Steg 1 utredning			
Anamnes	Status	Bedömning	Åtgärd
Kontaktorsak, Uppgiftslämnare			
Heriditet		Läk	
Sociala förhållanden	Civilstånd, yrke/utb. barn, boende, hemtjänst, alkohol, bilkörning, vapeninnehav	Läk	Anhöriga, Bib, BÅT, Trafiksäkerhetsverket, Länsstyrelsen
Tidigare sjukdomar	Somatiska, neurologiska, psykiatriska (depression, konfusion), skallskada, lösningsmedel	Läk	
Aktuella sjukdomar/symtom	Spec. sjukdomar som ger demensliknande symtom texdepression, konfusion, hypotyreos, neurologiska symtom, tecken på normaltryckshydrocefalus, borreliainfml, hjärninf. Hjärt-kärlsjukdom, diabetes.	Läk	
Naturliga funktioner	Inkontinens, förstoppning, nutrition	Läk	Inkont.hjälpmedelMN A via DSK alt dietist
Demenssymtom	Vilka symtom, när började symtomen, hur har de utvecklats? Enskilt samtal m anhörig värdefullt	Läk	Anh.intervju
Kognitiv och psykosocial anamnes	Formulär för anhörigintervju, se bilaga	Läk	Anh.intervju
Minnesstörning	Obligat vid demenssjukdomar undantag vid frontotemporalademenser. När sviktar minnet, i vilka situationer, i vilken grad? Används strategier?	Läk > arb.ter.	Aktivitetsbedömning
Spatial störning	Tecken på bristande rumsuppfattning, kan pat orientera sig i sin omgivning, i sitt hem? Har pat gått vilse?	Läk > arb.ter.	Aktivitetsbedömning
Afasi, språkstörning	Ordsökningsproblem, använder orden fel, svårigheter att förstå ord i tal och skrift.	Läk > arb.ter.	Aktivitetsbedömning
Apraxi	Svårigheter att utföra tidigare inlärd färdigheter eller att utföra vardagliga handlingar	Läk > arb.ter.	Aktivitetsbedömning

Agnosi	Bristande förmåga att varsebli och känna igen föremål trots bevarad syn, hörsel och känsel.	Läk → arb.ter.	Aktivitetsbedömning
Exekutiva störningar	Bristande förmåga att sortera intryck, planera och genomföra något, bedöma effekten av handlingar och olika alt.	Läk → arb.ter.	Aktivitetsbedömning
Personlighetsförändring	Ändrade intressen, ändrat socialt beteende, omdömeslöshet, aggressivitet, försämrade impuls kontroll.	Läk	
Psykiska symtom	Aggressivitet, depressivitet, paranoidea vanföreställningar, hallucinationer, sömnstörningar	Läk	Ev medicinsk beh
Aktuell medicinering	Läkemedel som kan ge konfusion, se bilaga Hantering av läkemedel	Läk DSK	SMA test
Somatiskt status	Dementa kan ofta inte berätta om kroppsliga problem eller sköta sin egenvård vilket gör kroppsundersökning viktig. Neurologiskt status, syn och hörsel. Var uppmärksam på text UVI el obstipation, liksom psykisk belastning som isolering och sorg	Läk	
Psykiskt status	Grundstämning, emotionell och formell kontakt, psykostecken, suicid tankar	Läk	
Kognitivt status	MMSE-test, klocktest, utförs med fördel i hemmet	Läk DSK/arb-ter	
Funktionellt status	Bedömning av ADL, sociala kontakter, ekonomi, bilkörning	Läk → arb.ter	Bib. God man. Trafiksäkerhetsverket

Undersökningar: EKG, CT-skalle, vikt, BT, puls

Labprover: Hb, MCV, LPK, SR, CRP, blodsocker, kreatinin, elektrolyter, kalcium, albumin, leverstatus, TSH, ev T4, B12, folat, metylmalonat, urinstatus. Ev läkemedelskoncentration, lues, borrelia, HIV

I en del fall behöver patienten inte remitteras till specialistmottagning efter denna basala utredning utan demensdiagnos kan sättas i primärvården. Det kan gälla multisjuka patienter där en bra anamnes föreligger och annan bakomliggande orsak uteslutits.

Vid tveksamma fall kontakta minnesmott. DS 123 567 72

Remiss till demenskonsult på alla patienter:

Önskade uppgifter: diagnos eller om det endast är för kännedom. Ev problem som behov av anhörigstöd, rörig hemsituation mm.

Kontaktuppgifter till patient samt anhöriga.

Uppföljning:

Uppföljning och behandling på minnesmottagningen samt hos husläkare efter avslutad utredning och behandling.

- Patienter med diagnos vasculär demens avskrivs från minnesmottagningen och skall följas upp på husläkarmottagningen enligt remiss.
- Patienter med kognitiv svikt följs upp på minnesmottagningen
- Patienter med övrig demens sjukdom som sätts in på behandling följs upp enligt följande:

Reminyl, Aricept, Exelon, Exelonplåster

- Efter 4 veckor har behandlande läkare telefonsamtal med patienten och ev anhöriga för förloppskontroll samt ev. upptitrering av läkemedel
- Efter 3 månader från diagnosbesked; behandlingskontroll hos läkare eller sjuksköterska med EKG, vikt, blodtryck och puls
- Efter ytterligare 6 månader återbesök till läkare med kontroll av MMSE, EKG, vikt blodtryck, puls

Ebixa

- Efter 4 veckor telefonsamtal med patient och ev, anhöriga
- Efter 3 månader, läkarbesök med kontroll av vikt och blodtryck
- Efter ytterligare 6 månader läkarbesök med kontroll EKG, vikt, blodtryck

Acetylkolinesterashämmare

kan kompletteras med Ebixa vid måttlig till svår demens. Följ upp som vid tidigare program.

Vid ovanstående besök bedöms patienten medicinskt och socialt, även eventuella hjälpmedelsbehov samt bedömning om patienten behöver insatser från kommun, färdtjänst, övriga intyg mm.

Patienter med särskilda behov kan vid behov få extra besök efter detta.

Patienter under 65 år följs på mottagningen v. bunder flera år.

Patienten har under hela behandlingstiden möjlighet att kontakta minnesmottagningen.

Efter 1 år avskrivs patienten och förs över till husläkaren för vidare uppföljning.

Patienten bör sedan följas årligen med MMT, EKG, vikt, blodtryck medicinskt och socialt samt eventuella hjälpmedelsbehov, intyg mm.

Stöd till anhöriga är en viktig del i detta som inte får glömmas bort

Samverkansrutiner för Åkersberga rehab, AktivaRe- För personer med kognitiv svikt

Samverkan – en helhet

Vårdsamverkan kring personer med demenssjukdom och stödet till deras anhöriga kan ses som en helhet. Varje del är lika viktig för att personer med demenssjukdom och deras anhöriga ska få den vård, omsorg och stöd de behöver.

Det är många delar som ingår. För att helheten ska bli komplett behövs samarbete mellan olika verksamheter. Vi är många med olika uppdrag och kompetens som kompletterar varandra. Alla behövs för att skapa en vård och omsorg av god kvalitet.

Syfte och mål

Syftet med rutinerna är att tydliggöra hur olika verksamheter ska samarbeta kring personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Rutinerna omfattar vården och omsorgen om personer med demenssjukdom, som är bosatta i ordinärt boende i Österåker samt stödet till deras anhöriga.

Målet är att personer med demenssjukdom och deras anhöriga ska uppleva att de får den vård, omsorg och stöd de behöver.

Kunskap och förbättringsarbete – en förutsättning för en god vård och omsorg

Kompetensutveckling inom demensvård är en viktig faktor för god vårdkvalitet. Utbildning av personal bidrar till ökad kunskap så att bemötande och attityder till personer med demenssjukdom och deras anhöriga påverkas positivt. För att uppnå utveckling krävs, utöver utbildning, kontinuerligt arbete för att minska gapet mellan det vi vet, och det vi gör.

Verksamhetens ansvar

Det är verksamhetens och dess lednings ansvar att kontinuerligt tillgodose behov av kompetensutveckling och förbättringsarbete inom det uppdrag och ansvarsområde som verksamheten har.

Bemötande

I alla möten med personer med demenssjukdom är bemötandet viktigt.

Här är generella tips för ett gott möte:

- Presentera dig med ett leende, varje gång om det behövs
- Samtala som vuxen till vuxen men med korta och enkla meningar
- Ställ bara en fråga åt gången och begränsa antalet frågor
- Vägled istället för att rätta
- Avled det som oroar eller väcker ilska
- Informera om en sak i taget
- Var lugn

Rutiner för personal på Rehab Frågeguide

Nedanstående frågor ska användas som standardfrågor vid alla nya kontakter med patienter 70 år eller äldre

Frågorna ska formuleras på ett sådant sätt att de passar in i samtalet med patienten.

1. Fråga om upplevelse av minnesförändring

Syftet med frågan är att ta reda på om patienten upplever att minnet försämrats.

2. Fråga om upplevelse av att utföra vardagssysslor/vardagsaktiviteter

Syftet med frågan är att ta reda på om patienten upplever svårigheter att använda de vardagsföremål som han/hon brukat använda tex kaffebryggare, telefon eller fjärrkontroll.

3. Fråga om viktförändring

Syftet med frågan är att få reda på om patienten ofrivilligt gått ned i vikt.

För att ta reda på en eventuell viktnedgång kan antingen direkta frågor ställas eller så följande observeras:

- Löst sittande kläder, bälte/skärp
- Löst sittande ringar

Identifiering

All glömska är inte demens. Demens handlar heller inte bara om glömska. Vid demenssjukdom förändras även andra förmågor som är kopplade till vårt intellekt. Vid ett normalt åldrande kan man fortfarande lära in nytt material och lösa problem. Då begränsar inte de kognitiva (mentala) förändringarna det vardagliga eller sociala livet.

Vid identifiering av misstänkt demenssjukdom är de förändringar som skett över tid, de viktigaste att uppmärksamma.

Det är också viktigt att identifiera förändringar hos patienter med redan diagnostiserad demenssjukdom.

- Uppmärksamma signaler med hjälp av **identifieringsguiden** och **frågeguiden** på
 - förändrat beteende
 - nya symtom hos personer med känd demensdiagnos
- Rapportera enligt rapporteringsrutinen vid misstanke om
 - begynnande demenssjukdom
 - tilltagande funktionsnedsättning hos personer med demenssjukdom

Bokning/kallelse

- Skicka vid behov kopia på kallelse till anhörig eller hemtjänsten
- Erbjud anhöriga att delta vid besöket
- Följ upp uteblivna besök

Utredning

- Utför funktions- och aktivitetsbedömning enligt remiss från läkare på vårdcentral samt bedöm behov av aktivitets- och funktionsträning samt hjälpmedel
- Bedöm behov av aktivitets- och funktionsträning samt hjälpmedel när personal från kommunen tar kontakt eller vårdcentral skickat remiss

Remissvar

- Återkoppla till remittent
- vilka funktioner som har förändrats samt på vilket sätt minnessvårigheterna tar sig uttryck
- vidtagna åtgärder

Uppföljning

Bokning/kallelse

- Skicka vid behov kopia på kallelse till anhörig eller hemtjänsten

Ansvar att boka tid får **inte** överlämnas på patient.

- Erbjud anhöriga att delta vid besöket
- Följ upp uteblivna besök

Uppföljning

- Utför funktions- och aktivitetsbedömning enligt remiss från läkare på vårdcentral samt bedöm behov av aktivitets- och funktionsträning samt hjälpmedel
- Följ upp insatser enligt rutiner för rehabilitering
- Följ upp nutritionsåtgärder

Remissvar

- Återkoppla till remittent
- vidtagna åtgärder
- resultat: vilka funktioner som har förändrats samt på vilket sätt minnessvårigheterna tar sig uttryck.

Omvårdnad och stöd

Behov av social samvaro/aktiviteter

- Informera om kommunens seniorträffar till patienter som kan ha glädje av att besöka dessa verksamheter

Behov av stöd från kommunen

- Kontakta en biståndshandläggare i de fall patienten har behov av stöd/utökat stöd från kommunen

Detta är endast aktuellt då patienten själv eller anhöriga inte kan kontakta handläggaren. När kontakten tas ska handläggaren ges information om patientens problem att klara vardagen. Biståndshandläggaren tar ställning till om en utredning ska inledas.

- Kontakta Österåkers kommuns demenssamordnare vid behov
- Kontakta hemtjänstutförarens samordnare när behov av gemensamt hembesök föreligger.

Är aktuellt då patienten själv eller anhöriga inte kan ta emot information/instruktion själva.

Anhörigstöd

- Informera anhörig som kan behöva stöd från Österåkers kommun. Erbjud att förmedla anhörigas nummer till kommunen för personlig kontakt
- Dela ut broschyr med information om vad landsting och kommun kan erbjuda till personer med minnessvårigheter eller demenssjukdom och deras anhöriga
- Uppmuntra anhöriga som kan behöva stöd av kurator/psykolog att söka till vårdcentral
- Informera anhöriga om verksamheten på kommunens seniorträffar

Rapporteringsrutin

Patienten eller anhörig kan själv söka kontakt med vårdcentral

- Uppmuntra och hänvisa att söka hjälp på vårdcentral
- Uppmuntra och hänvisa till kommunens demenssamordnare

Patienten eller anhörig kan inte själv söka kontakt med vårdcentral

- Kontakta patientens distriktssköterska eller vårdcentral

Distriktssköterska bokar in ett patientbesök och kontaktar distriktsläkare. Vid behov kontaktar distriktssköterskan biståndshandläggare samt hänvisar till demensteamet för anhörigstöd.

Patienten önskar ingen kontakt med vårdcentral

- Kontakta kommunens demenssamordnare

Demenssamordnaren försöker etablera en kontakt med patienten och kontaktar vid behov distriktssköterska, biståndshandläggare samt erbjuder anhörigstöd. Distriktssköterska bokar in ett patientbesök och kontaktar distriktsläkare.

Checklista för Åkersberga rehab AktivaRe -För personer med kognitiv svikt

Arbetsterapeut

Fråge- och identifieringsguiden används på alla nya hembesök på personer över 70 år samt vid behov.

- Vid nyupptäckt eller vid misstanke om kognitiv svikt
 - Utför Montreal Cognitive Assessment (MoCA),
 - Intervju/observation enligt ADL taxonomin,
 - ev. CAPM självskattningsformulär
 - Utför en strukturerad funktions- och aktivitetetsbedömning enligt ADL taxonomin eller AMPS (använd Örebros kognitiva checklista).

Alla nya ärenden rapporteras till patientens läkare eller distriktssköterska samt till kommunens demenssamordnare Susanne Fäldt: telefon 540 816 99

- Vid ökad fallrisk
 - Rapporterar till sjuugymnast
- Vid viktnedgång
 - Rapporterar till dietist och distriktssköterska.
- Efter utredning
 - Förskriver hjälpmedel eller ge tips och råd på egenvårdsprodukter.
 - Anpassa bostaden
 - Hjälper till med strategier och struktur i vardagen
 - Vara ett stöd till patienten, anhöriga och hemtjänst.
 - Kontakta biståndshandläggare om patienten behöver utökad hemtjänst
- Följer upp interventioner
- Delta vid samverkansmöten med kommun och primärvård

Dietist

Fråge- och identifieringsguiden används på alla nya hembesök på personer över 70 år samt vid behov.

- Vid nyupptäckt eller vid misstanke om kognitiv svikt
 - Kontaktas arbetsterapeuten på mottagningen.
 - Skriver remissvar till husläkaren.

- Vid viktnedgång
 - Ge kostråd till patienten, anhöriga samt vid behov annan kontaktperson.
 - Förskriver kosttillägg
- Vid ökad vikt
 - Ge kostråd till patienten, anhöriga samt vid behov annan kontaktperson
 - Rapportera till sjukgymnasten för genomgång av motionsvanor.
- Följer upp interventioner

Sjukgymnast

Fråge- och identifieringsguiden används på alla nya hembesök på personer över 70 år samt vid behov.

- Vid misstanke om kognitiv svikt på patienten (eller på den anhöriga)
 - Kontaktas arbetsterapeuten på mottagningen.
 - Skriver i remissvar till/från husläkaren att det finns misstanke, samt att arbetsterapeuten har pålagts att starta en utredning.
- Individanpassa träningsprogram/hemövningar med FaR (viktigt med fysisk aktivitet t ex promenader)
- Kontakta biståndshandläggare om patienten behöver utökad hemtjänst för ledsagning av promenader eller vid ledsagning till mottagningen.
- Följer upp interventioner
- Sjukgymnasten ska kopplas in om hemtjänsten efterfrågar bälten, bord, grindar med mera för att förhindra att någon reser sig upp.
- Se separat ”checklista som utredningshjälp vid ökad fallrisk”.

Vid behov kontaktas kommunens demenssamordnare för konsultation och överrapportering: Susanne Fäldt - telefon 540 816 99 / 073 644 35 29

6.

**Omvårdnadsdokumentationen på
äldreboende – granskning genom
medicinskt ansvarig sjuksköterska**

Socialförvaltningen
Birgitta Almén

Tjänsteutlåtande

10/9/2012

Dnr VON 2012/0049-791

Till Vård- och omsorgsnämnden

**Omvårdnadsdokumentationen på äldreboende-
granskning genom medicinskt ansvarig
sjuksköterska****Beslutsförslag:**

Notera informationen till protokollet

Bakgrund

Medicinskt ansvariga sjuksköterskan har under hösten granskat omvårdnadsdokumentationen på äldreboenden, redovisat i tjänsteutlåtande med Dnr VON 2012/0049-791.

Förvaltningen fick då i uppdrag att föreslå åtgärder för förbättringar av omvårdnadsdokumentationen på äldreboenden.

Förvaltningens slutsatser

Medicinskt ansvarig sjuksköterska har gått igenom granskningsresultatet med samtliga enhetschefer för äldreboendena och diskuterat förbättringsåtgärder som behöver vidtas. Verksamheterna har tillsatt extra personalresurser för att ge personalen tid att åtgärda bristerna i dokumentationen. Det mesta av bristerna är nu åtgärdade eller kommer snarast att åtgärdas.

I bilagor redovisas ett förtydligande av resultatet av granskningen för varje verksamhet.

Bilagor

- Bilaga 1. Solskiftets äldreboende
- Bilaga 2. Österåkers korttidsenhet
- Bilaga 3. Vårdbo
- Bilaga 4. Enebackens äldreboende



Birgitta Almén

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Uppföljning av medicinskt ansvariga sjuksköterskans granskning av omvårdnadsdokumentationen på Solskiftets äldreboende under hösten 2012

Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom kommunens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar). I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för omvårdnadsjournaler.

Tio av omvårdnadsjournalerna på Solskiftets äldreboende har granskats, minst 15 % av omvårdnadsjournalerna ska granskas enligt QUSTA.

Resultat av granskningen.

Sjuksköterskors dokumentation (av 29 möjliga poäng).

Fyra journalerna 5 poäng

Två journaler 6 poäng

En journal 7 poäng

En journal 8 poäng

En journal 9 poäng

En journal 10 poäng

Sjukgymnasters och arbetsterapeuters dokumentation (av 29 möjliga poäng).

En journal 4 poäng

Fyra journaler 5 poäng

En journal 7 poäng

Två journaler 9 poäng

En journal 13 poäng

En journal 18 poäng

Resultatet har diskuterats med verksamhetschefer och personal.

Alla brister i dokumentationen har åtgärdats den 29 november.

Uppföljning av granskningen av omvårdnadsdokumentationen på Österåkers korttidsenhet hösten 2012

Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom kommunens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar). I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för omvårdnadsjournaler.

Sju av omvårdnadsjournalerna på Österåkers korttidsenhet har granskats, minst 15 % av omvårdnadsjournalerna ska granskas enligt QUSTA.

Resultat av granskningen.

Sjuksköterskors dokumentation (av 29 möjliga poäng):

Två journaler 6 poäng

En journal 7 poäng

En journal 11 poäng

Två journaler 13 poäng

En journal 15 poäng

Sjukgymnasters och arbetsterapeuters dokumentation (av 29 möjliga poäng).

En journal 5 poäng

Två journaler 7 poäng

Två journaler 12 poäng

En journal 15 poäng

En journal 17 poäng.

Resultatet har diskuterats med enhetschef och personal.

Alla brister i dokumentationen har åtgärdats den 29 november.

Uppföljning av medicinskt ansvariga sjuksköterskans granskningen av omvårdnadsjournaler på Vårdbo under hösten 2012

Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom kommunens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar). I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för omvårdnadsjournaler.

Sju av omvårdnadsjournalerna på Vårdbo har granskats, minst 15 % av omvårdnadsjournalerna ska granskas enligt QUSTA.

Resultatet av granskningen.

Sjuksköterskors omvårdnadsdokumentation (av 29 möjliga poäng).

- En journal 8 poäng
- En journal 16 poäng
- En journal 18 poäng
- En journal 20 poäng
- Två journaler 21 poäng
- En journal 29 poäng

Sjukgymnaster och arbetsterapeuters dokumentation (av 29 möjliga poäng).

- En journal 8 poäng
- En journal 9 poäng
- En journal 10 poäng
- En journal 12 poäng
- En journal 13 poäng
- En journal 16 poäng
- En journal 21 poäng

Resultatet är en liten förbättring sedan förra granskningen som genomfördes 2011. Resultatet har diskuterats med verksamheten, bristerna har åtgärdats.

Uppföljning av medicinskt ansvariga sjuksköterskans granskningen av omvårdnadsdokumentationen på Enebackens äldreboende hösten 2012

Bakgrund

MAS ansvarar för att kontinuerligt följa upp kvaliteten avseende hälso- och sjukvården inom kommunens särskilda boendeformer. Vid uppföljningen används kvalitetsinstrumentet QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar)

I QUSTA ingår även ett dokumentationsuppföljningsinstrument för omvårdnadsjournaler.

Tjugo av omvårdnadsjournalerna på Enebacken har granskats minst 15 % av journalerna ska granskas enligt QUSTA.

Resultat av granskningen.

Sjuksköterskors dokumentation (av 29 möjliga poäng)

Två journaler 2 poäng

En journal 3 poäng

Två journaler 4 poäng

Två journaler 5 poäng

Tre journaler 6 poäng

En journaler 7 poäng

Fyra journaler 8 poäng

En journal 9 poäng

Två journaler 15 poäng

Två journaler 16 poäng

Sjukgymnaster och arbetsterapeuters dokumentation (av 29 möjliga poäng).

Tre journaler 5 poäng

Fyra journaler 6 poäng

Fyra journaler 7 poäng

Tre journaler 8 poäng

En journal 9 poäng

En journaler 14 poäng

Två journaler 15 poäng

Två journaler 16 poäng

Resultatet och åtgärder har diskuterats med verksamhetschef och personal. Extra personalresurser har används för att åtgärda bristerna.

7.

**Information om utkast till
kvalitetsledningssystem för
Socialnämnden och Vård- och
omsorgsnämnden**

Socialförvaltningen
Birgitta Almén
Sara Eriksson

Tjänsteutlåtande

2012-12-03

Dnr VON 2012/0052-791

Till Vård- och omsorgsnämnden

**Information om utkast till kvalitetsledningssystem för
Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden****Förslag till beslut**

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att

notera informationen till protokollet

Redogörelse för ärendet

Från och med 1 januari 2012 gäller föreskriften Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) som bland annat säger att verksamheter som omfattas av socialtjänstlagen ska ha upprättat ett kvalitetsledningssystem. Detta innebär att Vård- och omsorgsnämnden behöver besluta om ett kvalitetsledningssystem.

Socialförvaltningen har gjort ett utkast på ett kvalitetsledningssystem som kan gälla för Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden. Kvalitetsledningssystemet sammanfattar de ansvar som nämnderna har och de aktiviteter som nämnderna ska genomföra.

Förvaltningens slutsatser


Socialförvaltningen avser att vid januari-sammanträdet återkomma med ett slutligt förslag på kvalitetsledningssystem som nämnden kan anta. Dagens informationsärende är en förberedelse inför det ärendet och en möjlighet för nämndens samtliga ledamöter att ställa frågor.


Bifogat finns dels föreskriften om kvalitetsledningssystemet i sin helhet, dels förvaltningens utkast till kvalitetsledningssystem för nämnden. Utkastet följer strukturen i föreskriften, och delarna är också numrerade enligt föreskriftens struktur för att underlätta parallell läsning.

Bilagor

Bilaga 1 SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
Bilaga 2 Utkast till kvalitetsledningssystem för Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden, daterat 2012-11-30

Anne Simmasgård
Socialchef


Sara Eriksson
Sakkunnig funktionshinder


Birgitta Almén
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

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

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

Tryck: Edita Västra Aros, Västerås 2011



Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitets- arbete;

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">1. är bestående och inte ringa, eller2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit

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.,

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

Utkast till kvalitetsledningssystem för Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

Inledning

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

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

Relaterad lagstiftning är också Patientsäkerhetslagen 2010:659, PSL.

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

I föreskriften definieras begreppet kvalitet:

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

Ett ledningssystem är ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten. Detta är Socialnämndens och Vård- och omsorgsnämndens ledningssystem för att säkra kvaliteten i de verksamheter som nämnderna har ansvar för.

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

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

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

Ansvar för och användning av ett ledningssystem (3 kapitlet)

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

Ledningssystemets grundläggande uppbyggnad (4 kapitlet)

Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning.

Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

Detta innebär att Vård- och omsorgsnämndens ansvar som finns inom socialförvaltningen och Socialnämndens ansvar inom socialförvaltningen omfattas. Utförare av socialtjänst som arbetar på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden och Socialnämnden ska ha ett eget kvalitetsledningssystem enligt föreskrifterna.

Ansvar

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

4.1 Processer och rutiner

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

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

Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämndens processer:

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

Exempel på Vård- och omsorgsnämndens rutiner:

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

Socialnämndens processer

- myndighetsutövning efter anmälan eller ansökan om bistånd eller egen iakttagelse

- utföra vissa beslutade insatser (familjerådgivning, ungdomsmottagning, samarbetsamtal, beroendemottagning)
- uppdra åt utförare att utföra vissa beslutade insatser

Exempel på Socialnämndens rutiner:

- Riktlinjer för myndighetsutövning
- Rutin för upphandling av verksamheter
- Riktlinjer för ekonomiskt bistånd, missbruks- och beroendevård m fl.

Ansvar

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

4.2 Samverkan

För varje process som identifieras, beskrivs och fastställs ska behovet av samverkan identifieras och det ska framgå från processer och rutiner hur samverkan ska bedrivas. Genom processer och rutiner ska möjligheten till samverkan säkerställas. Detta gäller både internt i verksamheten och externt med andra aktörer.

Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

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

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

Ansvar

Ingår i kartläggningen av processer och rutiner enligt ovan.

Systematiskt förbättringsarbete (5 kapitlet)

Det systematiska förbättringsarbetet består av

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

5.1 Riskanalys

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

Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

För varje process som identifieras, beskrivs och kartläggs ska en riskanalys göras för de aktiviteter som ingår i processen. Sannolikheten för att händelsen inträffar ska uppskattas och de eventuella negativa konsekvenserna ska bedömas. Detta ska dokumenteras tillsammans med dokumentationen av processen.

Riskanalys ska göras fortlöpande och vara en del i det dagliga utförandet av uppgifter hos de som fullgör nämndens ansvar.

Riskanalys ska göras inför förändringar i verksamheten. Detta kan till exempel vara vid organisationsförändringar, beslut om driftsform, och förändringar i ekonomiska förutsättningar.

Ansvar

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

5.2 Egenkontroll

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

Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

Nämndernas verktyg för egenkontroll, dvs. uppföljning och underlag för förbättring, är:

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

Ansvar

Ansvar för ovanstående verktyg klargörs i respektive rutin.

5.3 Utredning av avvikelser

5.3.1 Klagomål och synpunkter

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

Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

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

Ansvar

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

5.3.2 Rapporteringsskyldighet:

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

Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

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

Ansvar

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

5.3.3 Sammanställning och analys

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

Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

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

Ansvar

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

5.4 Förbättrande åtgärder i verksamheten

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

Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

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

Ansvar

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

5.5 Förbättring av processerna och rutinerna

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

Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

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

Ansvar

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

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet (6 kapitlet)

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

Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

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

Ansvar

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

Dokumentationsskyldighet (7 kapitlet)

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

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

Socialnämnden och Vård- och omsorgsnämnden

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

Ansvar

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

Bilaga till Kvalitetsledningssystem

Uppgifter som följer av kvalitetsledningssystemet:

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