

Kallelse

Vård- och omsorgsnämnden kallas till sammanträde

Tid: Tisdagen den 29 augusti 2017 kl. 18.00

Plats: Viren, plan 1, Alceahuset, Hackstavägen 22

(Sammanträdesrum Viren är reserverat för Alliansen kl. 16.30–18.00.

Sammanträdesrum Mysslingen, plan 4 är reserverat för oppositionen kl. 17.00–18.00

OBSERVERA våningsplan 4 ingång via socialförvaltningens reception innan kl. 17)

Övrig information:

Vänligen anmäl eventuella förhinder till Sara Eriksson, sara.eriksson@osteraker.se

På uppdrag av ordförande Mikael Ottosson (KD)

Sara Eriksson
Administrativ chef

Dagordning

1. Upprop, fastställande av dagordning och övriga frågor
2. Val av justerare samt tid och plats för justering

Informationsärenden

3. Information från förvaltningen
4. Ekonomisk månadsuppföljning per 2017-06-30

Beslutsärenden

5. Vård- och omsorgsnämndens budget 2018 med plan 2019-2020
6. Rapport ej verkställda beslut per den 30 juni 2017
7. Avtalsuppföljning LSS och granskning av Hälso- och sjukvård
- Daglig verksamhet
8. Granskning av hälso- och sjukvården vid Solskiftets äldreboende

9. Individrelaterade ärenden

- 9.1 Ansökan om korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS
- 9.2 Ansökan om korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS
- 9.3 Ansökan om personlig assistans enligt 9 § 2 LSS
- 9.4 Ansökan om boende enligt 4 kap 1 § SoL

10. Anmälan delegationsbeslut

- 10.1 Delegationslistor Procapita, juni+juli 2017 (finns i pärmen)
- 10.2 Ordförandebeslut bifall stöd HVB
- 10.3 Ordförandebeslut avslag HVB-vistelse
- 10.4 Ordförandebeslut bifall extern sysselsättning

11. Delgivningar

- 11.1 Protokoll FÖRSAM 2017-06-09 (finns i pärmen)

3.

Information från förvaltningen

4.

Månadsuppföljning per 2017-06-30

Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen

Till Vård- och omsorgsnämnden

Datum 2017-08-18

Dnr VON 2017/0027

Tjänsteutlåtande Vård- och omsorgsnämndens månadsuppföljning per 2017-06-30

Vård- och omsorgsnämnden beslut

1. Månadsuppföljning per 2017-06-30 och prognos per 2017-12-31 noteras.
2. Månadsuppföljning och prognos överlämnas till Kommunstyrelsen.

Sammanfattning

Vård och omsorgsnämndens nettokostnader för perioden uppgår till -294 099 tkr vilket motsvarar 100 % av periodbudgeten och ger ett överskott på 431 tkr jämfört med budget. Bokslutsprognosen för helåret är 588 200 tkr, vilket ger en budget i balans.

Bilagor

1. ”Ekonomisk uppföljning per den 30 april 2017, Vård och omsorgsnämnden” 2017-04-30

Susanna Kiesel
Socialdirektör

Christer Hansson
Controller

Christer Hansson
Controller

Ekonomisk uppföljning per den 30 juni, Vård- och omsorgsnämnden

Ekonomisk sammanställning

Driftsredovisning per slag (belopp i tkr)	HELÅR				PERIOD: JAN -JUNI			
	Budget 2017	Prognos 2017	Budget- avvikelse	Utfall 2016	Period- budget	Utfall perioden	Budget- avvikelse	%
Verksamhetens intäkter								
Avgifter	23 245	23 245	0	23 452	11 559	11 272	-287	98%
Övriga intäkter	47 755	47 755	0	46 032	23 877	22 721	-1 156	95%
Summa intäkter	71 000	71 000	0	69 485	35 436	33 993	-1 443	96%
Verksamhetens kostnader								
Personalkostnader	-30 336	-30 336	0	-26 199	-15 168	-14 576	592	96%
Lokalkostnader	-39 776	-39 776	0	-40 977	-19 887	-20 594	-707	104%
Kapitalkostnader	-335	-335	0	-852	-167	-70	97	42%
Köp av verksamhet	-550 626	-549 626	1 000	-529 538	-275 312	-272 143	3 169	99%
Övriga kostnader	-38 127	-39 127	-1 000	-34 263	-19 000	-20 276	-1 276	107%
Summa kostnader	-659 200	-659 200	0	-631 829	-329 535	-327 660	1 875	99%
Verksamhetens nettokostnad	-588 200	-588 200	0	-562 345	-294 099	-293 667	431	100%

Driftsredovisning per verksamhet (belopp i tkr)	HELÅR				PERIOD: JAN -JUNI			
	Budget 2017	Prognos 2017	Budget- avvikelse	Utfall 2016	Period- budget	Utfall perioden	Budget- avvikelse	%
Nämnd och staber	-19 635	-20 135	-500	-34 016	-9 818	-10 336	-518	105%
Särskilt boende	-151 354	-152 354	-1 000	-145 898	-75 677	-75 771	-94	100%
Hemtjänst	-103 932	-102 432	1 500	-99 157	-51 966	-50 316	1 650	97%
Övrig äldreomsorg	-36 939	-36 939	0	-37 880	-18 469	-18 313	156	99%
Admin äldreomsorg	-10 542	-10 542	0	0	-5 271	-5 501	-230	104%
LSS vuxna	-172 779	-172 779	0	-201 025	-86 389	-86 673	-284	100%
Psykatri vuxna	-42 148	-42 148	0	-42 777	-21 074	-21 071	3	100%
Admin vuxenstöd	-8 324	-8 324	0	0	-4 162	-4 271	-109	103%
LSS barn	-11 280	-11 280	0	0	-5 640	-5 752	-112	102%
Övrigt barn och ungdom	-24 347	-24 347	0	0	-12 173	-12 485	-312	103%
Admin barn och ungdom	-5 089	-5 089	0	0	-2 544	-2 295	249	90%
Personligt ombud	-1 830	-1 830	0	-1 592	-915	-883	32	97%
Verksamhetens nettokostnad	-588 200	-588 200	0	-562 345	-294 099	-293 668	431	100%

Sammanfattning

Vård och omsorgsnämndens nettokostnader för perioden uppgår till -294 099 tkr vilket motsvarar 100 % av periodbudgeten och ger ett överskott på 431 tkr jämfört med budget. Bokslutsprognosen för helåret är 588 200 tkr, vilket ger en budget i balans.

Kommentarer till utfall

Positivt är att vi på totalnivå har en positiv budgetavvikelse om 431 tkr. Nämnd och staber har ett underskott med anledning av omorganisationen. Fortfarande finns ett stort överskott på 1 650 tkr inom hemtjänsten. I maj fanns ca 10 tomma platser på korttids för särskilt boende även under juni är tomplatserna många. Därför togs beslut i maj om att dra ner på en korttidsplats till särskilt boende. Samtidigt ser man över om behovet av korttidsplatser kan dras ner ytterligare.

Kommentarer till bokslutsprognos

Inga ändringar i Prognosen jämfört med maj

Prognos hemtjänsten ändras till + 1 500 tkr jämfört med budgeten beroende på den lägre utförda andelen timmar jämfört med tidigare år. Samtidigt ändras boende äldre till – 1 000 tkr då externa platser behövs och en kö till äldreboende har växt fram under 2017. Slutligen beräknas ett underskott inom nämnder och staber på 500 tkr med anledning av omorganisationen. Nettoeffekten av prognosförändringarna är 0 och innebär en prognos i balans med budgeten för helåret.

Hemtjänst utförd tid

För hemtjänsten ser vi att utförd tid av beställda är mycket lägre 2017 än 2016 ackumulerat, för 2017 ligger den på 77,1 % och för helåret 2016 låg vi på 83,2 %. I juni ser vi att de privata utförarna backar i utförandegrän till 77,1 %. Egen regi ligger fortfarande på högre andel utförda timmar jämfört med de privata.

Utförd tid i timmar 2017 hemtjänst	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Ack 2017	April	Maj	Juni	Ack 2016
TOTALT EGENREGI UTFÖRDA	1 798	1 658	1 894	1 747	1 816	1 870	10 783	7 797	8 371	8 397	82 461
TOTALT EGENREGI BESTÄLLDA	2 268	2 162	2 274	2 186	2 327	2 335	13 552	9 121	9 462	9 512	98 018
% UTFÖRDA / BESTÄLLDA	79,3%	76,7%	83,3%	79,9%	78,0%	80,1%	79,6%	85,5%	88,5%	88,3%	84,1%
TOTALT EXTERNA UTFÖRDA	17 681	16 946	19 017	18 505	19 961	18 999	111 109	13 918	14 030	13 110	169 616
TOTALT EXTERNA BESTÄLLDA	23 643	21 692	25 186	24 087	24 278	24 627	143 513	15 960	16 615	15 812	208 155
% UTFÖRDA / BESTÄLLDA	74,8%	78,1%	75,5%	76,8%	82,2%	77,1%	77,4%	87,2%	84,4%	82,9%	81,5%
TOTALT HELA KOMMUNEN UTFÖRDA	19 855	18 604	20 911	20 252	21 777	20 869	122 268	21 715	22 401	21 507	252 077
TOTALT HELA KOMMUNEN BESTÄLLDA	25 911	23 854	27 460	26 273	26 605	26 962	157 065	25 081	26 077	25 324	306 173
% UTFÖRDA / BESTÄLLDA	76,6%	78,0%	76,2%	77,1%	81,9%	77,4%	77,8%	86,6%	85,9%	84,9%	82,3%

Utförda tid fördelning

	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Ack 2017	April	Maj	Juni	Ack 2016
ANDEL EGEN REGI	9,1%	8,9%	9,1%	8,6%	8,3%	9,0%	8,8%	35,9%	37,4%	39,0%	32,7%
ANDEL EXTERNA	89,1%	91,1%	90,9%	91,4%	91,7%	91,0%	90,9%	64,1%	62,6%	61,0%	67,3%

Redogörelse för tomma platser per juni 2017

Nedan ser vi en tabell från januari tom juni med tomplatskostnader för äldreboende samt LSS boende. Januari och februari låg ungefär på samma nivå för äldreboende som 2016. I mars-april har vi sett en förbättring och för juni är tomplatskostnaden 124 tkr. Nya avtalet med Enebybacken har nu inträtt där vi betalar för de första 14 tomdyggen och därefter inte har någon kostnad.

För LSS boende ser vi en förbättring från februari där vi hade 5 tomplaster till i juni då endast de 2 tomplaster på Oppsättra finns kvar. I juni belades tomplatsen för Smedby.

Kostnad äldreomsorg	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Totalt 2017
Solskiftet	134 012	80 680	28 595	38 185	85 362	51 611	418 445
Vårdbo	15 733	20 748	0	24 625	16 721	51 695	129 522
Enebacken	239 543	212 638	154 172	70 960	85 956	20 748	784 017
Totalt äldreomsorg	389 288	314 066	182 767	133 770	188 039	124 054	1 331 984

Kostnad LSS boende	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Totalt 2017
Oppsättra	133 300	120 400	133 300	129 000	133 300	129 000	778 300
Smedby	0	0	0	0	66 650	0	66 650
Planett	0	60 200	66 650	0	0	0	126 850
Malvavägen	40 021	72 296	40 021	38 730	0	0	191 068
Totalt LSS boende	173 321	252 896	239 971	167 730	199 950	129 000	1 162 868

Kostnad Tot tomplatser	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Totalt 2017
	562 609	566 962	422 738	301 500	387 989	253 054	2 494 852

Under juni månad betalade Vård- och omsorgsnämnden endast för 112 tomdygn i särskilt boende vilket motsvarar ca 4 platser till en sammanlagd kostnad av ca 124 tkr. Beläggningsgraden i juni var 97 %.

I tabellen nedan redovisas antal dygn och beläggningsgrad per boende:

Enhet	Beläggningsgrad
Solskiftet	93%
Vårdbo	98%
Enebacken	97%
Totalt	97%

Inom LSS-boende utgår ingen speciell tomgångsersättning utan full ersättning utgår för alla platser som beslutats vara respektive enhets fasta kapacitet. Under juni fanns sammantaget 2 tomplatser. Kostnaden för platserna i maj uppgår till 129 tkr.

I tabellen nedan visas vilka enheter som hade tomma platser och hur många:

Enhet	Tomma platser
Oppsättra GB	2
Totalt	2

Kommunalt bostadstillägg

I tabellen nedan redovisas statistik för kommunalt bostadstillägg som infördes från 1 juli 2015. Antalet och beloppen är stabila mellan månaderna, och endast 1 avslag har skett under 2017. Januari 2016 fanns 52 individer med kommunalt bostadstillägg.

Kommunalt bostadstillägg	jan-17	feb-17	mar-17	apr-17	maj-17	jun-17
Antal beviljade, totalt	60	61	61	61	61	61
Antal avslag, totalt	0	0	0	1	1	1
Belopp per månad	66 209 kr	66 005 kr	68 276 kr	66 871 kr	69 100 kr	66 871 kr

5.

Vård- och omsorgsnämndens budget 2018 med plan 2019-2020

6.

Rapport ej verkställda beslut per den 30 juni 2017

Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen

Till Vård- och omsorgsnämnden

Datum 2017-07-31

Dnr

Rapportering av ej verkställda beslut enligt SoL och LSS 2017-06-30 från Vård- och omsorgsnämnden

Sammanfattning

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

Beslutsförslag

Vård- och omsorgsnämndens beslut

1. Anteckna rapporten till protokollet.
2. Överlämna rapporten till Kommunfullmäktige och revisorerna.

Bakgrund

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

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

Förvaltningens slutsatser

SoL

Det fanns sju ej verkställda beslut enligt SoL att rapportera den 30 juni 2017.

- Ett beslut om särskilt boende. Den enskilde tackade först nej till erbjudandet men beslutet kunde verkställas 2017-07-03.
- Ett beslut om dagverksamhet. Sökande har valt att inte börja pga av ohälsa.
- Fem beslut om kontaktperson. Lämplig person har inte varit möjlig att finna.

LSS

Det fanns sju ej verkställda beslut enligt LSS att rapportera den 30 juni 2017.

- Två beslut avser avlösarservice i hemmet. Rekrytering pågår i ett och ett är verkställt under juli månad.
- Två beslut avseende ledsagarservice i hemmet. Rekrytering pågår i ett och ett är verkställt under juli månad.
- Tre beslut avser bostad vuxna. De enskilda har tackat nej till erbjudande.

Tjänsteutlåtande

Det fanns fyra avbrott i verkställighet SoL att rapportera den 30 juni 2017.

- Tre beslut avser hemtjänst där kunderna tackat nej till insatserna.
- Ett beslut avser kontaktperson. Ny lämplig person har inte varit möjlig att finna.



Susanne Fäldt

Enhetschef



Leif Söderholm

Enhetschef



Erica Sundberg

Enhetschef

Expedieras

Kommunfullmäktige

Revisorerna

7.

Avtalsuppföljning LSS och granskning av Hälso- och
sjukvård

- Daglig verksamhet

Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen

Datum 2017-08-17

Dnr 2017/0061

Till Vård- och omsorgsnämnden

Avtalsuppföljning LSS och granskning av Hälso- och sjukvård - Daglig verksamhet

Sammanfattning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Kvalitetsansvarig för rehab (KAR) har genomfört ordinarie granskning av verksamhetens hälso- och sjukvård. Sakkunnig inom funktionshinder har parallellt gjort en avtalsuppföljning enligt förfrågningsunderlaget för lagen om valfrihet, LOV.

Beslutsförslag

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att:

1. Rapporten noteras till protokollet.
2. Inkommen handlingsplan och uppföljningsplan rapporteras vid nämndens novembersammanträde 2017.

Bakgrund

Granskning av hälso- och sjukvården inom daglig verksamhet har genomförts inom ramen för ordinarie planering för tillsyn och granskning. Granskningen genomfördes under perioden maj-juli 2017. Samtidigt har en avtalsuppföljning gjorts för de dagliga verksamheterna vid Knopen och Emiliagården. Både granskningen av hälso- och sjukvårdsutförandet och avtalsuppföljningen har sammanställts i en gemensam rapport.

Förvaltningens slutsatser

Det finns vissa brister där utföraren åläggs att upprätta en handlingsplan som beskriver hur och när dessa brister ska åtgärdas. På det stora hela bedöms dock den dagliga verksamheten vara väl fungerande och den hälso- och sjukvård som utförs vid enheten bedöms sammantaget vara av god kvalitet, i synnerhet på kontorstid. Den personal som arbetar på Knopen och Emiliagården har lång erfarenhet och personalomsättningen är låg vilket ger en hög grad av kontinuitet och kvalitet.

Det finns viss hälso- och sjukvård som i dagsläget inte utförs i tillräcklig omfattning. Det handlar främst om förebyggande insatser och samverkan. Hälso- och sjukvårdsenheten har haft ett flertal chefsbyten och har ytterligare chefsbyten framför sig. Utföraren har tecknat avtal med PR Vård att

Tjänsteutlåtande

utföra hälso- och sjukvården på kvällar, helger och nätter. Utförandet av hälso- och sjukvård samt förande av omvårdnadsjournal har fungerat mycket bristfälligt. Brådskande åtgärder är vidtagna och ytterligare åtgärder kommer att vidtas gällande hälso- och sjukvårdsutförandet utanför kontorstid.

Tidigare beredning och beslutsunderlag

-Vård- och omsorgsnämndens sammanträde 2016-11-29, § 10:5

Bilagor

1. Rapport avtalsuppföljning och granskning av Hälso- och sjukvård - Daglig verksamhet våren 2017



Susanna Kiesel
Socialdirektör



David Lidin
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Annika Manriquez
Kvalitetsansvarig för rehabilitering

Expedieras

- Akten
- Produktionsförvaltningen

Rapport, granskning och avtalsuppföljning Daglig verksamhet, LSS/SoL samt Hälso- och sjukvård

Genomförd av: Kvalitetsansvarig för Rehab och Medicinskt ansvarig/sakkunnig
funktionshinder, våren 2017

Senast uppdaterad: 2017-08-17

Gäller för: Daglig verksamhet, Åkersberga

Allmänt

Bakgrund

Sakkunnig inom funktionshinderområdet har uppdrag att regelbundet göra avtalsuppföljningar för verksamheter inom LSS och Socialpsykiatri. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 5 kap, samt i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) § 6, att granska de verksamheter som ingår i ansvarsområdet. När det gäller hälso- och sjukvård deltar Kvalitetsansvarig för Rehab (KAR) i granskningen.

Det finns inget som reglerar hur avtalsuppföljningarna ska göras eller hur granskningarna bör utformas.

Eftersom sakkunnig inom funktionshinderområdet och MAS är samma person har både en avtalsuppföljning och en granskning av hälso- och sjukvården gjorts parallellt. Denna modell för att göra avtalsuppföljning och granskning av hälso- och sjukvård samtidigt har även provats tidigare inom funktionshinderområdet. Fördelen är att berörda verksamheter blir granskade ur ett helhetsperspektiv. Nackdelen är att materialet blir relativt omfattande och svårt att redovisa i sin helhet.

Ambitionen är att både avtalsuppföljning och granskning av hälso- och sjukvårdsutförandet ska ske ur följande aspekter:

- Brukarens/Patientens/Klientens perspektiv
- Personalens perspektiv
- Ledningens perspektiv
- Beställarens/huvudmannens perspektiv

Frekvens

En till två gånger per år planeras granskning av hälso- och sjukvårdsutförandet, med fokus på olika områden. Utöver detta sker kontinuerliga uppföljningar genom samverkansmöten, avtalsuppföljningar etc. Avtalsuppföljningar görs enligt särskild plan.

Områden

Hälso- och sjukvårdsutförandet granskas ur följande perspektiv vid varje tillfälle:

- Läkemedelshantering
- Basala hygienrutiner
- Habilitering och rehabilitering
- Medicintekniska produkter
- Avvikelsehantering, Lex Maria
- Rutiner för kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal
- Journalgranskning
- Att patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- Vidtagna åtgärder sedan förra granskningen

Vid olika tillfällen kommer olika fokusområden att granskas t. ex:

- Kommunikation, information
- Samverkan
- Kost och måltider
- Inkontinens
- Munhälsa
- Infektioner
- Rutiner och riktlinjer
- m.m. etc. osv.

Avtalsuppföljningarna utgår ifrån det aktuella avtalet/den aktuella beställningen med respektive utförare, samt vid varje tillfälle gällande lagstiftning och författningar.

Metod

Vid granskningstillfällen används följande metodik:

- Granskning av dokumentation och aktuella rutiner utfärdade av utföraren
- Besök på enheten/bredvidgång under hela eller delar av ett arbetspass
- Genomgång av avvikelshantering och Lex Maria/Lex Sarah
- Intervju med brukare/patient/klient när detta är möjligt och lämpligt
- Intervju med personal, enskilt eller i grupp
- Intervju och återkoppling med chef

Rapport

Resultatet sammanställs per enhet med krav på åtgärder och eventuella kommentarer kring sådant som fungerar särskilt bra. Respektive enhetschef återkopplar till berörda på sin enhet. Resultat i sammanfattning delges Vård- och omsorgsnämnden.

Reflektioner kring att granska

Eftersom en hög granskningsfrekvens har valts så är omfattningen av varje granskning begränsad. Fördelen med en sådan metod är att kunna följa kvalitet och verksamhet kontinuerligt över tid. Nackdelen är att den bilden som ges vid varje granskningstillfälle kan bli missvisande i förhållande till verkligheten. Granskningar kan liknas vid fotograferingar. Det är sant att ett fotograferat objekt vid ett visst tillfälle såg ut som det avbildats på fotografiet. Det går ändå inte att helt avgöra om objektet alltid ser ut så eller om man lyckats fotografera på ett särskilt lyckat, särskilt misslyckat sätt, eller så som det faktiskt är, och förhåller sig i vanliga fall. Ambitionen är att kombinera granskningarna med en nära och tät kontakt med verksamheten som bygger på ömsesidigt förtroende och en avsikt att vilja varandras bästa. Både för granskare och för utförare borde den självklara målsättningen vara att skapa en god och säker verksamhet i enlighet med gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer etc.

Bedömningar

Bedömning av granskning sker på två nivåer:

1. Verksamheten som helhet
2. De delar som granskats

Varje nivå får omdöme i en tregradig skala:

- A. Utifrån det som granskats finns ingen eller mycket ringa anmärkning. Ingen särskild åtgärd eller uppföljning krävs (Jämför med grönt trafikljus)
- B. Utifrån det som granskats finns anmärkning som föranleder påpekande och krav på åtgärd som följs upp vid nästkommande granskningstillfälle. (Jämför med gult trafikljus)
- C. Utifrån det som granskats finns allvarliga anmärkningar som kräver särskild handlingsplan och extra, tidsbestämd uppföljning genomförs. (Jämför med rött trafikljus)

Granskning av daglig verksamhet

De delar som granskats är:

- Hälso- och sjukvården vid samtliga dagliga verksamheter.
- Knopen, daglig verksamhet
- Emiliagården, daglig verksamhet

Sammanfattning:

Det finns några punkter som ger anledning till kritik varav de allvarligaste är:

- Patienterna får inte vissa av de fysioterapeutiska och arbetsterapeutiska insatser som de har behov av, samt att de inte alltid kan ges i tillräckligt god tid.
- Patienterna får inte sina behov tillgodosedda ur alla perspektiv inom hälso- och sjukvårdsansvaret, att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Framför allt finns brister inom det förebyggande perspektivet.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentationen är bristfällig t.ex. när det gäller omvårdnadsplaner, rehab-planer, riskbedömningar och behov av förebyggande insatser.
- Flera chefsbyten inom Hälso- och sjukvårdsenheten inom LSS, (HSE-LSS) har försenat många processer t.ex. bedömningar av hälso- och sjukvårdsbehovet, hantering av hjälpmedel, långsiktig planering, samverkan med andra.
- Sjuksköterskeinsatser på jourtid fungerar mycket bristfälligt och ett flertal avvikelser har rapporterats gällande att det är svårt att få kontakt med tjänstgörande sjuksköterska samt att vissa åtgärder dröjer eller blir felaktigt utförda.
- Budgetförutsättningarna är otydliga ur flera aspekter enligt granskarna – dels fungerar insatsmätningen/ersättningsnivåerna bristfälligt och dels så är budgetprocessen för 2017 fortfarande inte klar inom Produktionsförvaltningen.
- Det förekommer diskussioner, och olika bedömningar kring patientens behov kontra ekonomiska ramar vilket riskerar leda till att behovet av hjälpmedel inte tillgodoses. Det finns hjälpmedel på vissa enheter som inte används trots att behov av hjälpmedlet finns på en annan enhet.
- Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal behöver utveckla sin kompetens när det gäller bemötande och motivation av personer med psykisk funktionsnedsättning och/eller psykiatriska diagnoser.
- Många processer, rutiner och planeringsverktyg hanteras manuellt med papper och penna eller via word-/excelfiler. Det finns stora utvecklingsmöjligheter och förbättringar av patientsäkerheten om fler digitala verktyg och digitala stöd kan användas, t.ex. signeringslistor, planeringsverktyg och dokumentationsstöd.
- Samverkan med andra aktörer och läkarinsatser behöver utvecklas. Idag finns ingen funktion som har det samordnande och övergripande ansvaret för individens samlade hälso- och sjukvårdsbehov.

För de områden/nivåer i granskningsresultatet gällande hälso- och sjukvård som fått omdömet ”C” vid bedömningen av kvalitén förväntas utföraren inkomma med en handlingsplan/åtgärdsplan senast 2017-11-01 till beställaren.

Både social dokumentation samt hälso- och sjukvårdsjournaler har granskats. Förförståelse för verksamheten är grundad i ett flertal verksamhetsbesök med bredvidgång både tillsammans med personal på olika enheter. Information har också inhämtats från samverkansmöten och samtal med olika medarbetare samt anhöriga.

Hälso- och sjukvårdsenheten inom LSS, (HSE-LSS), bildades i september 2015 inför att kommunen tog över hälso- och sjukvårdsansvaret från landstinget 2015-10-01. Initialt så skedde ett flertal chefsbyten men sedan januari 2016 har en konsultchef haft chefsansvaret. Hon slutar sitt uppdrag 2017-08-16. De initiala chefsbytena skapade startsvårigheter när det gäller att skapa rutiner och samverkansforum för HSE-LSS. Det finns fortfarande stort behov av att få fram de rutiner som saknas samt tillskapande av adekvata samverkansforum med bl.a. primärvården/läkare/Prima, externt med andra hälso- och sjukvårdsutförare, internt mellan boendena och HSE-LSS, interna rutiner i teamet.

HSE-LSS ska arbeta i enlighet med den kravspecifikation för hälso- och sjukvård som Vård- och omsorgsnämnden i Österåker beslutat att alla vårdgivare, där nämnden är att betrakta som huvudman, ska ha samma krav när det gäller hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. § 1 i hälso- och sjukvårdslagen.

Granskningsresultat gällande hälso- och sjukvård:

Bedömningsområde:	Verksamheten som helhet
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Notering:	<ul style="list-style-type: none"> - Patienterna får inte den hälso- och sjukvård som de har rätt till, särskilt inte förebyggande insatser och vissa typer av hjälpmedel samt vissa rehabiliteringsinsatser. - Hälso- och sjukvårdsansvaret på daglig verksamhet är otydligt för all berörd personal och för deltagarna, särskilt när flera olika vårdgivare är involverade samt när något inträffar akut. - Patientjournalerna är ofullständiga. - Legitimerad personal behöver utbildning och träning i bemötande och behandling av personer med psykisk sjukdom.

Bedömningsområde:	Rehabilitering och habilitering
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Förbättringsområde:	Alla perspektiv inom hälso- och sjukvårdsansvaret blir inte utförda, t.ex. att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Beställaren har utökat den finansiella ramen men detta verkar inte nämnvärt ha påverkat bemanningens anpassning till det arbete som ska utföras enligt beställningen.
Positivt intryck:	Arbetsterapeut och fysioterapeut fokuserar på patientsäkerhet och agerar snabbt vid oförutsedda händelser.

Bedömningsområde:	Medicintekniska produkter, MTP
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Oklarheter finns om vem som bär ansvaret i förskrivningsprocessen av hjälpmedel. Nu utför HSE-LSS delar av landstingets uppdrag. - Det förekommer diskussioner kring patientens behov och ekonomiska ramar vilket riskerar leda till att behovet av hjälpmedel inte tillgodoses. Det finns risk för att hjälpmedel köps in trots att sådant hjälpmedel står oanvänt på en annan enhet. Det riskerar att bli fördröjningar för patienten. - Patientsäkerheten riskeras eftersom förskrivningsprocessen inte följs när personalen på varje enhet har tillgång till hjälpmedelsförrådet och kan hämta hjälpmedel utan arbetsterapeutens/fysioterapeutens kännedom. - Hjälpmedelsförrådet på Sågens dagliga verksamhet är oläst och tillgänglig för utomstående.
Positivt intryck:	Hjälpmedelsinventeringen på alla dagliga verksamheter och boenden är färdig och registreras i datorn via Word- och Excellistor.

Bedömningsområde:	Kontakt med läkare och hälso- och sjukvårdspersonal
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	<p>Nedskrivna rutiner för när Arbetsterapeut och Fysioterapeut ska kontaktas är inte förankrade hos personalen på enheterna.</p> <p>Det innebär patientsäkerhetsrisker och onödigt merarbete när HSE-LSS och Socialpsykiatrisjukvård inte har tillgång till en teamanknuten läkare vars uppdrag skulle kunna vara att ta ett övergripande samordningsansvar för olika läkarinsatser.</p> <p>Det finns vissa oklarheter i kontaktvägar mellan den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för daglig verksamhet och den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för boendet när det är olika utförare, som t.ex. mellan Knopen daglig verksamhet (Produktionsförvaltningen) och Hantverkaren gruppboendestad (Olivia omsorg AB).</p>
Positivt intryck:	<ul style="list-style-type: none"> - Rutin för när Arbetsterapeut och Fysioterapeut ska kontaktas finns. - Omvårdnadspersonalen har förtroende för legitimerad personal som i sin tur upplever att de har en öppen dialog med omvårdnadspersonalen.

Bedömningsområde:	Läkemedelshantering
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Det finns oklarheter i läkemedelshantering för läkemedel och ordinationshandlingar/signeringslistor när vissa läkemedel ska ges på boendet och andra läkemedel på daglig verksamhet. Det finns också risker i transport av läkemedel mellan boende och daglig verksamhet.
Positivt intryck:	Det är sällan som allvarliga läkemedelsavvikelser sker.

Bedömningsområde:	Egenvård
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Det finns oklarheter kring vad egenvård innebär och vem som bär ansvar för vad. Det finns exempel på när egenvård tillämpas utan att en egenvårdsbedömning är gjord.
Positivt intryck:	Det finns en hög grad av respekt och tänkande kring individens självständighet och självbestämmande.

Bedömningsområde:	Delegering
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Arbetsterapeut och Fysioterapeut delegerar inte i dagsläget.
Positivt intryck:	Delegeringsprocessen för det som sjuksköterska delegerar fungerar väl, med god ordning och reda.

Bedömningsområde:	Avvikelsehantering
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Det är i princip bara negativa händelser som rapporteras. Arbetet med att identifiera och rapportera risker behöver stärkas och utvecklas. Förståelsen för vad som bör avvikelse rapporteras behöver utvecklas för att förbättra kvalitén på avvikelse rapporteringen.
Positivt intryck:	Det finns en positiv inställning till att rapportera avvikelser.

Bedömningsområde:	Skydds- och begränsningsåtgärder
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Det finns vissa oklarheter kring vad som är en skyddsåtgärd och hur man kan arbeta för att undvika sådana skyddsåtgärder som också innebär en begränsning.
Positivt intryck:	Det finns stor respekt för individens integritet och självbestämmande samt en hög ambition/stor omsorg kring att individen inte ska komma till skada.

Bedömningsområde:	Hygien
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Riskbedömning kring att inte använda korrekt arbetskläder, enligt riktlinjen för basal hygien och klädregler, saknas.
Positivt intryck:	På Emiliagården används korrekt arbetskläder. Basala hygienrutiner tillämpas korrekt.

Bedömningsområde:	Vård i livets slut
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Rutin för vård i livets slutskede saknas.
Positivt intryck:	Vård i livets slut och dödsfall förekommer mycket sällan.

Bedömningsområde:	Inkontinens
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Förbättringsområde:	Det finns ingen sjuksköterska med forskrivningsrätt för inkontinenshjälpmedel inom HSE-LSS.
Positivt intryck:	Man har goda rutiner och förutsättningar för deltagarnas toalettbesök.

Bedömningsområde:	Trycksår
Bedömning av kvalitet:	A. Inga anmärkningar
Förbättringsområde:	Inget identifierat.
Positivt intryck:	Förekomst av trycksår är sällsynt.

Bedömningsområde:	Fallprevention/Skadeprevention
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Man arbetar inte teambaserat och multiprofessionellt med att följa upp negativa händelser och identifiera risker/arbeta förebyggande för att undvika fall eller andra skador.
Positivt intryck:	Händelser med uppkommen skada inträffar relativt sällan.

Bedömningsområde:	Nutrition / Mun- och tandvård
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Det finns ingen dokumentation om näringsintag eller riskbedömningar för felnäring. Dokumentation och planer kring munhälsa behöver utvecklas.
Positivt intryck:	Mat lagas på plats.

Bedömningsområde:	Demens
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Det blir alltmer vanligt förekommande att personer inom funktionshinderområdet blir äldre och får demenssjukdomar. För att kunna upptäcka symtom i tid behövs utbildning och metoder och rutiner behöver tas fram.
Positivt intryck:	Personalen är relativt stabil med hög kontinuitet och kan därför snabbt identifiera förändringar hos individens hälsotillstånd och kognitiva förmågor.

Bedömningsområde:	Dokumentation
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Hälso- och sjukvårdsdokumentationen är ofullständig och saknar till stor del en röd tråd där man kan följa händelseförlopp och orsakssamband.
Positivt intryck:	Det finns en hög ambitionsnivå och vilja att dokumentera. Den dokumentation som skrivs är bra och informativ sett ur ett kort perspektiv eller ur enstaka händelsers perspektiv.

Bedömningsområde:	Övrigt
Bedömning av kvalitet:	-
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Häls-och sjukvårdspersonalen upplever att de inte har tid att tillgodose de hälso- och sjukvårdsbehov som finns. - Emiliagården, daglig verksamhet är inte anpassat för personer med fysisk funktionsnedsättning. - Samverkan mellan olika aktörer, både inom Österåkers kommun och externa aktörer inom t.ex. landstinget, frivilligorganisationer, anhörigföreningar etc behöver stärkas.
Positivt intryck:	Deltagarna i daglig verksamhet verkar trivas och är stolta över det arbete som de utför på daglig verksamhet.

Avtalsuppföljning:

Daglig verksamhet bedrivs enligt lagen om valfrihet, LOV. I dagsläget är det endast Produktionsförvaltningen inom Österåkers kommun som bedriver daglig verksamhet. Enstaka platser för daglig verksamhet köps, av olika skäl för vissa individer, utanför kommunen.

Det senaste förfrågningsunderlaget uppdaterades 2015-10-14 och det är utifrån detta förfrågningsunderlag som avtalsuppföljningen gjorts. Avtalsuppföljningen genomfördes huvudsakligen under maj/juni 2017.

Det förutsätts att utföraren utreder och åtgärdar sådana brister som anges nedan och redovisar detta i form av en handlingsplan/åtgärdsplan till beställaren senast 2017-11-01.

Föreståndare

Det finns personer med relevant utbildning som förestår verksamheten.

Ehetscheferna bedöms ha nära kontakt med verksamheten och har tillräcklig kunskap och kompetens för att säkerställa att kvaliteten i den dagliga verksamheten upprätthålls.

Personella resurser

Kraven på personalresurser med för uppdraget tillräcklig utbildning, kompetens och erfarenhet finns för att kunna utföra uppdraget.

Det är en utmaning att hitta personal med rätt specialistkompetens när en medarbetare som haft en relativt ”smal” kompetens slutar sin anställning. I vissa fall anpassas verksamheten utifrån personalens kompetens istället för att anpassas utifrån deltagarnas behov och önskemål.

Utföraren behöver ta fram en handlingsplan för hur deltagarnas behov och önskemål kan matchas med personalens kompetens vid personalomsättning/byte av personal.

Tillgänglighet och bemanning

Det finns personal tillgänglig under hela verksamhetens öppethållande. Man tar in vikarier vid både kort- och långtidsfrånvaro. Det finns vissa brister i introduktionen av ny personal.

Det finns deltagare som själva tycker att öppettiderna, arbetsdagens längd, och arbetsuppgifterna, inte motsvarar deras behov och önskemål.

Utföraren behöver ta fram en handlingsplan/åtgärdsplan för hur man kan säkerställa och dokumentera att tillgängligheten, arbetsuppgifterna och bemanningen motsvarar deltagarens behov och önskemål samt för hur introduktion av ny personal ska genomföras på ett ändamålsenligt sätt.

Kvalitetsarbete

Utföraren bedriver ett ständigt kvalitets- och utvecklingsarbete men det saknas dokument som visar hur kvalitetsarbetet bedrivs systematiskt. Det finns rutiner som behöver uppdateras och andra rutiner som saknas i skrift. Rutinerna fungerar i praktiken tack vare personalens kompetens och erfarenhet men utföraren bör granska vilka rutiner som behöver uppdateras eller nedtecknas samt upprätta en handlingsplan för när och hur detta kommer att ske.

Synpunkter och klagomål

Utföraren har inte tillräckliga rutiner för att samla in och använda synpunkter och klagomål.

Personalen lyssnar mycket på de synpunkter och klagomål som framförs men dokumentation av vidtagna åtgärder och en långsiktig lärandeprocess saknas.

Lex Sarah

Det är väldigt sällan att ett missförhållande eller risk för missförhållande rapporteras. Personalen behöver utbildning och information kring Lex Sarah. Cheferna är väl förtrogna med rapportering enligt Lex Sarah. Troligen rapporteras Lex Sarah i för liten utsträckning, särskilt när det gäller risk för missförhållande.

Krav på verksamheten

Insatserna utförs enligt de mål och intentioner som återfinns i Lagen om stöd och service (LSS). Verksamheten har tydliga mål och ett strukturerat arbetssätt och är individuellt utformad så långt som dagens sätt att organisera och finansiera verksamheten på tillåter.

Verksamheten bedrivs som en kollektiv arbetsplats med olika stationer/verksamhetsinriktningar med varierande svårighetsgrader. Enstaka individer har enskild daglig verksamhet där man bor och 1:1-bemanning, ibland mer.

Personalen har en hög grad av respekt och värnar om individens självbestämmande och delaktighet. Varje individ har en stödperson i personalgruppen.

Det finns enstaka deltagare som inte upplever den dagliga verksamheten som meningsfull och utvecklande men flertalet verkar trivas och är stolta över sitt arbete.

Det finns möjlighet för deltagare att växla mellan olika dagliga verksamheter olika dagar eller olika delar av dagen. Vissa arbetsstationer/arbetsgrupper arbetar externt utanför den dagliga verksamhetens väggar.

Utföraren behöver ta fram en handlingsplan kring hur man bör hantera individer som inte trivs, eller vill byta arbetsuppgifter eller socialt sammanhang på daglig verksamhet.

Samverkan och samarbete

Man samverkar relativt mycket med andra aktörer och intressenter i enlighet med förfrågningsunderlaget. Ständig utveckling av samverkan och samarbete pågår.

Lokaler

Lokalerna bedöms vara ändamålsenliga med undantag för att Emiliagården har vissa begränsningar för personer med fysiska handikapp.

Öppettider

Den dagliga verksamheten finns tillgänglig och är öppen varje helgfri vardag mellan kl.08.00 och 17.00. Individuella överenskommelser rörande andra öppettider finns.

Det finns dock vissa oklarheter när det gäller arbetstidens längd för vissa individer. Se under rubriken ”Tillgänglighet och bemanning”.

Måltider

Mat lagas på plats och det finns möjlighet till mellanmål och fika. Det finns möjlighet för den enskilde att ha med egen mat som kan förvaras och värmas på plats.

Omvårdnad

Det ges en god och omsorgsfull omvårdnad till de individer som har behov av detta. Det finns dock vissa brister i hur detta är dokumenterat i den sociala journalen.

Utföraren ska ta fram en handlingsplan kring hur omvårdnadens planering, genomförande och uppföljning ska dokumenteras.

Privata medel

Deltagarna sköter sina privata medel själva i stor utsträckning. Det finns möjlighet att låsa in värdesaker. På Knopen har det förekommit att digitala läsplatton har försvunnit.

De skriftliga rutinerna som fanns i verksamheten vid granskningstillfället var inaktuella.

Utföraren ska ombesörja att uppdaterad rutin finns i verksamheten.

Genomförandeplan

Det finns genomförandeplaner för alla deltagare som varit i verksamheten mer än 30 dagar. Ibland kan det dock dröja upp till tre månader innan en ny deltagare får en genomförandeplan. Dessa fördröjningar beror oftast på godtagbara anledningar och hade inte gått att genomföra snabbare.

Genomförandeplanernas formuleringar och innehåll kan förbättras och utvecklas. De mål och insatser som beskrivs är ofta mycket summariska och/eller så övergripande att det är svårt att läsa ut vad som konkret ska göras både när det gäller vad som ska göras och hur det ska göras.

Dock måste merparten av genomförandeplanerna anses uppfylla de formella förutsättningar som anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5).

Individuell plan enligt 10 § LSS

De enskilda som har en individuell plan får hjälp och stöd att uppnå målen i den.

Rutiner för utrymning

Det finns rutiner för utrymning av lokalen. Personalgruppen har tränat/utbildats på åtgärder vid en utrymningssituation men man har aldrig genomfört en praktisk träning tillsammans med deltagarna. Värdet för deltagarna av en utrymningsträning tillsammans med personalen bedöms vara låg men värdet för personalen att genomföra en träning tillsammans med deltagarna bedöms kunna vara värdefull.

IT-system, IT-säkerhet och verksamhetssystem

Procapita används som verksamhetssystem och ärendehanteringssystem för biståndshandläggarna och andra berörda parter. Beställningar av verksamhet sker via verksamhetssystemet.

IT-säkerheten bedöms vara hög och IT-systemet fungerar ändamålsenligt.

Ersättning

Utföraren får ersättning utifrån en insatsmätning som görs för att bedöma omfattningen av det personalstöd som deltagarna i daglig verksamhet har behov av. Resultatet av insatsmätningen ligger till grund för den ersättningsnivå som utföraren får sina intäkter från. Det finns fem olika ersättningsnivåer som grundas i antalet poäng i insatsmätningen. Utföraren menar att ersättningen för vissa brukare inte täcker de kostnader som verksamheten har för att tillgodose brukarens behov.

Systemet med att addera poäng ifrån insatsmätningens olika mätområden bedöms av granskaren vara inadekvat och riskerar att ge felaktiga resultat. Insatsmätningen görs utifrån sju olika insatsområden som kan ge 0, 2, 4, 6 eller 8 poäng. Dessa områden är:

1. Förflyttningar
2. Hygien och toalett
3. Kläder
4. Måltider, äta mat
5. Självständighet
6. Kommunikation
7. Beteenden som kräver personalstöd

Detta innebär att individer med fysiska funktionsnedsättningar alltid får högre poäng, jämfört med en individ som har kognitiva och/eller beteendemässiga dysfunktioner. Det är vanligt förekommande att de individer som har utmanande beteende, psykisk funktionsnedsättning etc, kräver lika mycket, eller mer personalstöd, jämfört med den som enbart har en fysisk funktionsnedsättning. En relevant insatsmätning borde ta lika stor hänsyn till behovet av personalstöd oavsett funktions-nedsättningens orsak och effekter.

Habiliteringsersättning

Utföraren betalar ut habiliteringsersättning till deltagarna med 8,40 kr per timma under maximalt 7 timmar per dag. Personalen rapporterar deltagarens närvaro. Habiliteringsersättningen kallas för lön i dagligt tal på den dagliga verksamheten.

Ändrad nivå

Det finns möjlighet för utföraren att göra beställaren uppmärksam på när behoven hos den enskilde förändras. Omprövning av nivåbedömningen görs om förändringen är bestående efter en månad. Utföraren ersätts då retroaktivt från anmälningsdagen.

Se under rubriken "Ersättning". Det finns enstaka individer som har behov av insatser som vida överstiger den högsta nivån (5).

Utföraren uppger att man i vissa fall inte får kostnadstäckning för den verksamhet som bedrivs.

Sammanfattning

På det stora hela bedöms de verksamheter som granskats vara fungerande och ändamålsenliga verksamheter utifrån de förutsättningar som finns. Man arbetar med mycket hjärta, mänsklig värme och omtanke. Det finns utmaningar i verksamheten när någon deltagare är våldsam eller behöver extra mycket stöd en "dålig dag".

Samverkan med deltagarnas boende kan förbättras. Ibland har man olika synsätt kring hur individen på bästa sätt bör bemötas och motiveras.

Personalen på daglig verksamhet upplever att de olika boendena arbetar på väldigt olika sätt. Det förekommer t.ex. relativt ofta att boendet låter en individ åka till daglig verksamhet trots att individen är sjuk med t.ex. feber, hosta, trötthet etc, beroende på att boendet inte är bemannat på dagtid.

Trots utmaningar och vissa samarbetshinder så verkar både personal och deltagare trivas.

Personalomsättning och sjukfrånvaro är låg.

8.

Granskning av hälso- och sjukvården vid Solskiftets äldreboende

Tjänsteutlåtande

Socialförvaltningen

Datum 2017-08-17

Dnr 2017/0062

Till Vård- och omsorgsnämnden

Granskning av hälso- och sjukvården vid Solskiftets äldreboende

Sammanfattning

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Kvalitetsansvarig för rehab (KAR) har genomfört ordinarie granskning av verksamhetens hälso- och sjukvård.

Beslutsförslag

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att:

1. Rapporten noteras till protokollet.
2. Inkommen handlingsplan och uppföljningsplan rapporteras vid nämndens novembersammanträde 2017.

Bakgrund

Under perioden maj – juli 2017 genomförde KAR och MAS en granskning av hälso- och sjukvården vid Solskiftets äldreboende. Verksamheten drivs av Produktionsförvaltningen i Österåkers kommun på uppdrag av Vård- och omsorgsnämnden. Verksamheten omfattar 36 platser för särskilt boende och 7 platser för växelboende. Granskningen ingår i den plan som Vård- och omsorgsnämnden har för uppföljning för att säkerställa att utföraren fullföljer det hälso- och sjukvårdsansvar som åligger verksamheten enligt avtal, gällande författningar samt riktlinjer.

Förvaltningens slutsatser

Vid granskningen uppmärksammades vissa brister i hälso- och sjukvårdsverksamheten på Solskiftets äldreboende. Dock bedöms Solskiftets äldreboende som helhet vara en väl fungerande verksamhet och den hälso- och sjukvård som utförs vid enheten bedöms sammantaget vara av god kvalitet, i synnerhet på kontorstid.

Utföraren åläggs att upprätta en handlingsplan som beskriver åtgärder och tidplan för att åtgärda bristerna och för att säkerställa en god kvalitet dygnet runt. Solskiftets äldreboende har haft flera chefsbyten de senaste två åren, och har ytterligare chefsbyte framför sig. Utföraren har tecknat avtal med PR Vård för utförande av hälso- och sjukvård kvällar, helger och nätter.

Tjänsteutlåtande

De brister som uppmärksammats gäller utförandet av hälso- och sjukvården samt dokumentation framförallt utanför kontorstid där ofta personalen inte får kontakt med sjuksköterska, vårdinsatser uteblir eller är felaktigt utförda samt bristfälligt eller inte alls dokumenterade.

Vissa brådskande åtgärder har redan vidtagits och ytterligare åtgärder är planerade gällande utförandet av hälso- och sjukvård kvällar, helger och nätter.

Hälso- och sjukvården i växelboendet fungerar bristfälligt främst genom uteblivna rehabinsatser och bristfälligt kontinuitet gällande läkarmedverkan.

Tidigare beredning och beslutsunderlag

-Vård- och omsorgsnämndens sammanträde 2016-03-01, § 2:3

Bilagor

1. Granskningsrapport, hälso- och sjukvårdsansvaret vid Solskiftets äldreboende, våren 2017



Susanna Kiesel
Socialdirektör



David Lidin
Medicinskt ansvarig sjuksköterska



Annika Manriquez
Kvalitetsansvarig för rehabilitering

Expedieras

- Akten
- Produktionsförvaltningen

Granskningsrapport, Hälso- och sjukvårdsansvaret

Genomförd av: Kvalitetsansvarig för Rehab och Medicinskt ansvarig , våren 2017

Senast uppdaterad: 2017-08-17

Gäller för: Solskiftets äldreboende, Åkersberga

Granskningar av kommunal hälso- och sjukvård, allmänt

Bakgrund

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 5 kap, samt i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) § 6, att granska de verksamheter som ingår i ansvarsområdet. Det finns inget som reglerar hur det medicinska ansvaret ska utövas eller hur granskningarna bör utformas. Kvalitetsansvarig för Rehab (KAR) deltar i dessa granskningar.

Från och med hösten 2015 genomförs verksamhetsnära granskningar och tillsyner ur följande perspektiv:

- Patientens perspektiv
- Legitimerad personals perspektiv
- Delegerad personals perspektiv
- Ledningsperspektivet
- Beställarens/huvudmannens perspektiv

Frekvens

En till två gånger om året planeras granskningar av hälso- och sjukvårdsverksamheten inom huvudmannens ansvar, med olika fokusområden. Utöver detta sker kontinuerliga uppföljningar genom samverkansmöten, avtalsuppföljningar etc.

Områden

Områden som granskas vid varje tillfälle:

- Läkemedelshantering
- Basala hygienrutiner
- Habilitering och rehabilitering
- Medicintekniska produkter
- Avvikelsehantering, Lex Maria
- Rutiner för kontakt med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal
- Journalgranskning
- Att patienten får den hälso- och sjukvård som läkare förordnat om
- Vidtagna åtgärder sedan förra granskningen

Vid olika tillfällen kan olika fokusområden granskas t. ex:

- Kommunikation, information
- Samverkan
- Kost och måltider
- Inkontinens
- Munhälsa
- Infektioner
- Rutiner och riktlinjer

Metod

Vid granskningstillfället används följande metodik:

- Granskning av dokumentation
- Besök på enheten/bredvidgång under hela eller delar av ett arbetspass
- Genomgång av avvikelshantering och Lex Maria
- Intervju med patienter när detta är möjligt och lämpligt
- Intervju med personal, enskilt eller i grupp
- Intervju med legitimerad personal
- Intervju och återkoppling med chef

Rapport

Granskningens resultat sammanställs per enhet med krav på åtgärder och eventuella kommentarer kring sådant som fungerar särskilt bra. Respektive enhetschef återkopplar till berörda på sin enhet. Resultat av genomförda granskningar delges Vård- och omsorgsnämnden.

Reflektioner kring att granska

Eftersom en relativt hög granskningsfrekvens har valts så är omfattningen av varje granskning begränsad. Fördelen med en sådan metod är att kunna följa kvalitet och verksamhet kontinuerligt över tid. Nackdelen är att den bilden som ges vid varje granskningstillfälle kan bli missvisande i förhållande till verkligheten. Granskningar kan liknas vid fotograferingar. Det är sant att ett fotograferat objekt vid ett visst tillfälle såg ut som det avbildats på fotografiet. Det går ändå inte att helt avgöra om objektet alltid ser ut så eller om man lyckats fotografera på ett särskilt lyckat, särskilt misslyckat sätt, eller så som det faktiskt är, och förhåller sig i vanliga fall. Ambitionen är att kombinera granskningarna med en nära och tät kontakt med verksamheten som bygger på ömsesidigt förtroende och en avsikt att vilja varandras bästa. Både för granskare och för utförare borde den självklara målsättningen vara att skapa en god och säker hälso- och sjukvård i enlighet med gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer etc.

Bedömningar

Bedömning av granskning sker på två nivåer:

1. Verksamheten som helhet
2. De delar som granskats

Varje nivå får omdöme i en tregradig skala:

- A. Utifrån det som granskats finns ingen eller mycket ringa anmärkning. Ingen särskild åtgärd eller uppföljning krävs (Jämför med grönt trafikljus)
- B. Utifrån det som granskats finns anmärkning som föranleder påpekande och krav på åtgärd som följs upp vid nästkommande granskningstillfälle. (Jämför med gult trafikljus)
- C. Utifrån det som granskats finns allvarliga anmärkningar som kräver särskild handlingsplan och extra, tidsbestämd uppföljning genomförs. (Jämför med rött trafikljus)

Granskning av Solskiftets äldreboende

De delar som granskats är Hälso- och sjukvården vid äldreboendets 36 permanenta platser samt enhetens sju växelvårdsplatser.

Sammanfattning:

Det finns några punkter som ger anledning till kritik varav de allvarligaste är:

- Patienterna får inte tillräcklig fysioterapeutisk behandling och träning.
- Hälso- och sjukvårdsdokumentationen är bristfällig framförallt utanför kontorstid.
- Osäkerhet bland personalen kring vilka rutiner och metoder som gäller, på grund av motstridiga direktiv, vilket troligen är en följd av många chefsbyten.
- Patienterna på växelvårdsplatserna får inte den hälso- och sjukvård som de är berättigade till t.ex. inga bedömningar eller åtgärder gällande rehabinsatser på individnivå.
- Medicinsk omvårdnad på jourtid fungerar mycket bristfälligt och ett flertal avvikelser har rapporterats, t.ex. utebliven kontakt med sjuksköterska, felaktiga insatser etc.

För de områden/nivåer i granskningsresultatet som fått omdömet "C" vid bedömningen av kvalitén, förväntas utföraren inkomma med en handlingsplan/åtgärdsplan, senast 2017-11-01 till beställaren.

Sex journaler från boendedelen har granskats. Granskarnas slutsatser är grundade i en förförståelse för verksamheten från ett flertal verksamhetsbesök med halvdagars bredvidgång både tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal och tillsammans med omvårdnadspersonal på olika enheter. Information har också hämtats från samverkansmöten och samtal med olika medarbetare samt anhöriga.

Sedan 2015 kommer verksamheten ha haft åtta olika chefer när den senaste rekryteringen är färdigställd. Rekrytering av ordinarie enhetschef är klar och den nya chefen kommer att tillträda i november 2017. Mellan den 14 augusti och slutet av november ska en ny konsultchef finnas på plats. Den nuvarande konsultchefen slutar 2017-08-16. Chefsbytena bedöms ha påverkat kvalitén i negativ riktning genom att flera processer fördröjts samt att personalen fått motsägelsefulla direktiv att arbeta efter. Planerade lokala möten på Solskiftets äldreboende, mellan enhetens hälso- och sjukvårdspersonal och KAR/MAS, har inte genomförts sedan hösten 2016. Kännedom om, och följsamhet till gällande rutiner och riktlinjer, har blivit lidande även om situationen har förbättrats vid uppföljning i juli månad 2017.

Under sommaren 2015 ändrades kravspecifikationen för hälso- och sjukvård. Vård- och omsorgsnämnden i Österåker har beslutat att alla vårdgivare, där nämnden är att betrakta som huvudman, ska ha samma krav när det gäller hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. § 1 i hälso- och sjukvårdslagen. För Solskiftets del innebar detta bl.a. ett skärpt ansvar under vistelsetiden för dem som har beslut om växelvård. Vid granskningstillfället finns fortfarande flera oklarheter när det gäller den hälso- och sjukvård som ges under vistelsetid på växelvården. För dem som vistas på växelvården är de individuella planerna bristfälliga och dokumentation för fysioterapi och arbetsterapi saknas. Dokumentationen för övrig hälso- och sjukvård är ofullständig i vissa avseenden, framförallt gällande insatser som utförts utanför kontorstid.

Granskningsresultat:

Bedömningsområde:	Verksamheten som helhet
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Notering:	<ul style="list-style-type: none">- Omvårdnadspersonalen har inte tillräcklig kännedom om, och följsamhet till gällande rutiner.- Vissa rutiner gällande hälso- och sjukvård saknas.- Hälso och sjukvårdsutförandet på växelvården behöver förtydligas främst kring samverkan med primärvården och kring rehabinsatser.- Hälso- och sjukvårdsjournalerna är ofullständiga (avser främst Rehab, växelvård och jourtid).- Sjuksköterskeinsatser på jourtid fungerar bristfälligt, t.ex. är det svårt att nå tjänstgörande sjuksköterska, flera insatser har utförts felaktigt eller ofullständigt etc.

Bedömningsområde:	Rehabilitering och habilitering
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none">- Det saknas arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska bedömningar för de patienter som vistas på växelvården.- Patienterna får inte fysioterapeutiska bedömningar och åtgärder i adekvat omfattning.- Arbetsterapeut/fysioterapeut ej delaktiga i genomförandeplaner.- Bristfällig arbetsterapi och fysioterapi på individnivå t.ex. låg träningsnivå vid gruppaktiviteter och på individuell nivå.- Rehabplaner saknas.- Behandlingsplaner är på en övergripande nivå. Tidsplan, mål och målpuppfyllelse saknas.- Boende avstår från gruppträning när omvårdnadspersonal inte ledsagar.- Patienterna får inte träning i form av vardagsaktiviteter i tillräcklig utsträckning.
Positivt intryck:	<ul style="list-style-type: none">- Bra aktiviteter utomhus i närområdet när väder och säsong tillåter.- ADL-bedömningar finns.

Bedömningsområde:	Medicintekniska produkter, MTP
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Säkerhetskontroller i samband med användning av MTP behöver följas upp, t ex lyftsele, fotstöd på rullstol, bromsfunktioner.
Positivt intryck:	<ul style="list-style-type: none">- Sängar och liftar kontrolleras regelbundet.- Bra dokumentation och information om hur lyftselar används.- Rehabpersonalen har ordning på hjälpmedelshanteringen och följer förskrivningsprocessen.

Bedömningsområde:	Kontakt med läkare och hälso- och sjukvårdspersonal
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Överenskommen gemensam kommunikationsmodell används inte. - Samarbete och kommunikation mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal brister, framförallt på jourtid. - Rehabpersonalen har ingen direktkontakt med läkare. - Det finns patientsäkerhetsrisker eftersom teamarbetet mellan legitimerad personal inte fungerar optimalt.
Positivt intryck:	På dagtid vardagar finns ett gott samarbete mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal.

Bedömningsområde:	Läkemedelshantering
Bedömning av kvalitet:	A. Ingen åtgärd krävs
Förbättringsområde:	Man har relativt stora förråd vilket riskerar att läkemedel går ut i datum och måste destrueras.
Positivt intryck:	Mycket god ordning och väl fungerande rutiner kring läkemedelshantering på enheten.

Bedömningsområde:	Egenvård
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Det görs få dokumenterade egenvårdsbedömningar kring hälso- och sjukvårdsinsatser. De patienter som kan ansvara för alla eller vissa delar i sin egen läkemedelshantering ska också få ta detta ansvar. Det är viktigt att så långt som möjligt värna individens rätt till självständighet och självbestämmande.
Positivt intryck:	Man arbetar mycket utifrån individuella lösningar och överenskommelser på enheten.

Bedömningsområde:	Delegering/instruktioner
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Omvårdnadspersonal uteblir från tidsbokade delegeringsmöten med rehabpersonal. - Instruktioner för träning/ behandling följs bristfälligt. - Instruktioner borde ersättas med delegeringsförfarande. - Delegeringsbesluten hänvisar till fel lagparagrafer och behöver formuleras om när det gäller ansvaret för den som tar emot en delegering.
Positivt intryck:	Mycket god ordning på de befintliga delegeringarna och en väl fungerande modell för utbildning och träning inför delegering från sjuksköterska.

Bedömningsområde:	Avvikelsehantering
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Det finns otydligheter i avvikelsehanteringsprocessen. - Personalen har fått olika direktiv kring avvikelsehanteringen beroende på vilken chef man haft. Det finns exempel på att avvikelser inte har hanterats korrekt eller inom rimlig tid. - Brister finns i åtgärder och uppföljning.
Positivt intryck:	Avvikelserapporter skrivs i stor omfattning och ledningen uppmuntrar att avvikelser rapporteras.

Bedömningsområde:	Skydds- och begränsningsåtgärder
Bedömning av kvalitet:	C. Särskild handlingsplan krävs
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Det saknas strukturerade bedömningar för skydds- och begränsningsåtgärder. - Journalföringen kring dessa åtgärder är undermålig. - Det finns oklarheter kring vad som är en skydds- och begränsningsåtgärd samt hur beslut fattas för en enskild individ.
Positivt intryck:	Det finns en hög medvetenhet om risker med skydds- och begränsningsåtgärder samt att man bör prova alla andra tillgängliga metoder först, innan en skydds- och begränsningsåtgärd börjar tillämpas.

Bedömningsområde:	Hygien
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Personer som vistas på växelvården får inte sina kläder tvättade.
Positivt intryck:	All personal har en mycket hög medvetenhet om hygienens betydelse och har god kännedom om basala hygienrutiner. Det finns en tvättmaskin i varje lägenhet.

Bedömningsområde:	Vård i livets slut, VILS
Bedömning av kvalitet:	A. Ringa anmärkningar
Förbättringsområde:	Enheten behöver arbeta med att implementera den nya nationella palliativa vårdplanen.
Positivt intryck:	Den palliativa vården fungerar väl och vården i livets slutskede drivs med värdighet och god kvalitet.

Bedömningsområde:	Inkontinens
Bedömning av kvalitet:	A. Inga anmärkningar
Förbättringsområde:	Inget identifierat
Positivt intryck:	Man arbetar i hög utsträckning med individuella förskrivningar. Sjuksköterska med förskrivningsrätt finns på enheten.

Bedömningsområde:	Trycksår
Bedömning av kvalitet:	A. Inga anmärkningar
Förbättringsområde:	Inget identifierat
Positivt intryck:	Förekomsten av trycksår är mycket låg och när det uppkommer sällan trycksår under tiden man vistas på enheten.

Bedömningsområde:	Fallprevention
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Teamarbete och multiprofessionella möten behöver utvecklas ytterligare för att arbeta med förebyggande av fall. Registreringen i Senior Alert behöver användas som lärande underlag och kunskapsåterföring. Analys av falltillbud och fallolyckor behöver utvecklas.
Positivt intryck:	Riskbedömning i Senior Alert utförs.

Bedömningsområde:	Nutrition/Mun- och tandvård
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	- Maten lagas av ett skolkök. Verksamheten har inte kännedom om hur maten är näringsberäknad och anpassad till äldre personers nutritionsbehov. - Dokumentationen kring patienternas näringsintag och risk för undernäring behöver stärkas.
Positivt intryck:	En trevlig måltidsmiljö och väl varierad meny. Man har ett väl fungerande samarbete med tandvårdsleverantör. Oral care utför munhälsobedömningar och Flexident utför nödvändig tandvård.

Bedömningsområde:	Demens
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	Enheten har inga demensplatser. Det förekommer individer med kognitiv svikt utan demensdiagnos. Enheten behöver ta fram rutiner för hantering av situationer som kan uppstå vid beteendemässiga problem. Förskrivningen av kognitiva hjälpmedel är låg jämfört med behovet av sådana hjälpmedel.
Positivt intryck:	Antalet individer med kognitiv svikt och/eller beteendemässig problematik har minskat jämfört med tidigare år.

Bedömningsområde:	Dokumentation
Bedömning av kvalitet:	B. Följs upp vid nästa granskning
Förbättringsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentationssystemet stödjer inte hälso- och sjukvårdsprocessen i tillräcklig omfattning. Dokumentationen blir alltför fragmenterad. - Dokumentationen behöver anpassas till ICF. - Det är svårt att följa en röd tråd i dokumentationen. Det saknas en helhetsbild av patienten i journalen. - Arbetet med behandlingsplaner behöver utvecklas. - Det som dokumenteras är i vissa delar ofullständigt i förhållande till det som utförts, och det som faktiskt har inträffat. - Mål, åtgärder, måluppfyllelse saknas när det gäller rehabinsatser. - Förändringar i status dokumenteras i otillräcklig omfattning. - Informationen i journalerna skiljer sig kraftigt beroende på vem som skrivit. - Dokumentation från insatser under jourtid är mycket bristfällig, t.ex. kring vad som hänt, vilken bedömning som gjorts, vilka åtgärder som vidtagits, resultat av åtgärder etc.
Positivt intryck:	Arbetsterapeuten har bra instruktioner om hjälpmedelshantering i journalerna.

Bedömningsområde:	Övrigt
Bedömning av kvalitet:	-
Förbättringsområde:	<p>Individanpassade aktiviteter/behandlingar är otillräckliga i antal och svårighetsgrad. De boende upplever bristen på fysioterapeut genom att man har svårt att få kontakt samt att man upplever att man inte får tillräckligt med träning.</p> <p>Rehabpersonal upplever att de inte har tid att göra det som behöver göras. I brist på fysioterapeut förväntar sig övrig personal att arbetsterapeuten ska utföra uppgifterna istället.</p> <p>Rutiner, metoder och olika administrativa verktyg hanteras manuellt med papper och penna, pärmar etc. Det finns ett flertal digitala hjälpmedel, t.ex. signeringslistor, planeringsverktyg, påminnelsefunktioner etc. som förbättrar säkerheten och kvalitén i utförandet.</p>
Positivt intryck:	De boende upplever att det är trevligt och att personalen har ett gott bemötande men att de är belastade och har mycket att göra.