



UPPLANDS-BRO KOMMUN

Handlingar till
Äldre- och omsorgsnämndens
sammanträde
den 2 maj 2022

Dagordning

Beslutsärenden

- 1 Ansökan om föreningsbidrag 2002 - PRO Kungsängen
- 2 Ansökan om föreningsbidrag 2022 - Kalevas Seniorer
- 3 Ansökan om föreningsbidrag 2022 - PRO Bro
- 4 Ansökan om föreningsbidrag 2022 - SPF Seniorerna Vikingarna i Upplands-Bro
- 5 Kvalitetsberättelser år 2021 - Äldre- och omsorgsnämnden
- 6 Revidering delegationsordning Äldre- och omsorgsnämnden
- 7 Yttrande - Rekommendation om överenskommelse länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg
- 8 Uppföljning av Kungsgården och Norrgårdens vård- och omsorgsboende



Datum	Vår beteckning	Er beteckning
2022-04-04	ÄON 22/0055	

Äldre- och omsorgsnämnden

Ansökan om föreningsbidrag 2022 - PRO Kungsängen

Förslag till beslut

1. Äldre- och omsorgsnämnden beviljar PRO Kungsängen föreningsbidrag med 54 890 kronor för verksamhetsåret 2022
2. Äldre- och omsorgsnämnden beviljar PRO Kungsängen 10 000 kr som ett extra föreningsbidrag till pensionärsföreningar 2022 för deras arbete med ett meningsfullt och hälsosamt åldrande samt att de förebygger social isolering hos Upplands-Bro kommuns pensionärer under pandemin.

Sammanfattning

Äldre- och omsorgsnämnden ansvarar för omsorg av äldre samt personer som är under 65 år med behov av hemtjänst, vård- och omsorgsboenden, hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå samt förebyggande verksamhet. Föreningar och organisationer som riktar sig till pensionärer tillhör denna kategori.

Socialkontoret anser att PRO Kungsängen uppfyller kraven på att erhålla föreningsbidrag ifrån Äldre- och omsorgsnämnden då föreningens verksamhet kompletterar socialtjänstens arbete. Då Äldre- och omsorgsnämndens budgeterade medel för föreningsbidrag är begränsade föreslår socialkontoret att samtliga pensionärsföreningar erhåller ett grundbidrag på 110 kronor per medlem. PRO Kungsängen erhåller bidrag med 54 890 kronor för verksamhetsåret 2022.

Slutligen föreslår socialkontoret att PRO Kungsängen erhåller 10 000 kronor som ett extra föreningsbidrag till pensionärsföreningar 2022 för deras arbete för ett meningsfullt och hälsosamt åldrande samt att de förebygger social isolering hos Upplands-Bro kommuns pensionärer under pandemin.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 4 april 2022
- PRO Kungsängens ansökan om föreningsbidrag för verksamhetsåret 2022 med tillhörande bilagor



Ärendet

2019 tog Äldre- och omsorgsnämnden över hela ansvaret för föreningsbidrag till föreningar och organisationer som bedriver frivilligt socialt arbete i Upplands-Bro kommun som kompletterar det arbete som socialtjänsten bedriver inom Äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområden ifrån Kultur- och fritidsnämnden. Äldre- och omsorgsnämnden ansvarar för omsorg av äldre samt personer som är under 65 år med behov av hemtjänst, vård- och omsorgsboenden, hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå samt förebyggande verksamhet.

Pensionärsföreningar fick 110 kronor per medlem i grundbidrag ifrån Kultur- och fritidsnämnden.

PRO Kungsängens ansökan om föreningsbidrag för verksamhetsåret 2022

Pensionärernas riksorganisation, PRO, är en utav Sveriges största organisationer för pensionärer med 320 000 medlemmar. PRO Kungsängen har funnits som egen förening sedan 1978 och har idag 499 medlemmar.

Även 2021 präglades utav Coronapandemin för PRO Kungsängen och dess medlemmar. Trots pandemin så har föreningen genomfört en del aktiviteter och sammankomster, om än ett mindre antal och i mindre skala. Aktiviteter som har genomförts är bland annat kortspel på Kontakten under oktober och november och PRO-bio på Ekhammarskolan. Utomhusaktiviteter som har genomförts under året var bland annat fikaträffar vid Hembygdsgården, picknick på Gröna udden, skogs promenad i oktober på temat svamputflykt samt boule på grusplanen under järnvägsbron vid Prästhagsvägen

De aktiviteter som tvingades ställa in var bland annat gymnastik, seniordans och styrketräning.

I PRO Kungsängens verksamhetsplan för 2022 framkommer det att föreningens mål under året är att driva medlemmarnas intressefrågor, erbjuda trivsam gemenskap, kulturell stimulans och lärande samt att erbjuda friskvård och andra hälsobringande aktiviteter. De aktiviteter som genomförts under 2021 ska fortsätta, även de aktiviteter som har tvingats att ställa in på grund utav pandemin.

Socialkontorets förslag till beslut

Grundbidraget till föreningar och organisationer som riktar sig till pensionärer har utgått med 110 kronor per bidragsberättigad medlem ifrån Kultur- och fritidsnämnden. Socialkontoret anser att PRO Kungsängen uppfyller kraven på att erhålla föreningsbidrag ifrån Äldre- och omsorgsnämnden då föreningens verksamhet kompletterar socialtjänstens arbete.

Då Äldre- och omsorgsnämndens budgeterade medel för föreningsbidrag är begränsade föreslår socialkontoret att samtliga pensionärsföreningar erhåller ett



grundbidrag på 110 kronor per medlem. PRO Kungsängen hade 499 medlemmar i slutet av 2021. Socialkontorets förslag är att PRO Kungsängen erhåller ett bidrag på 54 890 kronor för verksamhetsåret 2022 ifrån Äldre- och omsorgsnämnden.

Extra föreningsbidrag till pensionärsföreningar 2022 på grund utav Coronapandemin

Socialkontoret vill uppmärksamma pensionärsföreningarnas arbete för kommunens äldre under den pandemi som varit. Pensionärsföreningarna bedriver ett viktigt proaktivt arbete för ett meningsfullt och hälsosamt åldrande samt förebygger social isolering hos Upplands-Bro kommuns pensionärer. Kontoret är medveten om att föregående två år har varit en prövning för samtliga föreningar i kommunen med inställda aktiviteter, isolering och/eller karantän med ett minskat medlemsantal som följd.

Socialkontoret föreslår därför att samtliga pensionärsföreningar ska erhålla 10 000 kronor som extra föreningsbidrag för verksamhetsåret 2022.

Barnperspektiv

Föreningar som riktar sig till pensionärer bidrar till hälsofrämjande aktiviteter för kommunens invånare som är äldre. Detta gynnar de barn och unga som har anhöriga och närstående som är pensionärer och som lever ett aktivt liv.

Socialkontoret

██████████

Socialchef

██████████

Avdelningschef äldre- och omsorgsavdelningen

Beslut sänds till

- ██████████
- PRO Kungsängen



Datum	Vår beteckning	Er beteckning
2022-04-04	ÄON 22/0061	

Äldre- och omsorgsnämnden

Ansökan om föreningsbidrag 2022 - Kalevas Seniorer

Förslag till beslut

1. Äldre- och omsorgsnämnden beviljar Kalevas Seniorer föreningsbidrag med 11 550 kronor för verksamhetsåret 2022.
2. Äldre- och omsorgsnämnden beviljar Kalevas Seniorer 35 000 kronor för sitt arbete med finska pensionärer bosatta i Upplands-Bro kommun.
3. Äldre- och omsorgsnämnden beviljar Kalevas Seniorer 10 000 kr som ett extra föreningsbidrag till pensionärsföreningar 2022 för deras arbete med ett meningsfullt och hälsosamt åldrande samt att de förebygger social isolering hos Upplands-Bro kommuns pensionärer under pandemin.

Sammanfattning

Äldre- och omsorgsnämnden ansvarar för omsorg av äldre samt personer som är under 65 år med behov av hemtjänst, vård- och omsorgsboenden, hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå samt förebyggande verksamhet. Föreningar och organisationer som riktar sig till pensionärer tillhör denna kategori.

Socialkontoret anser att Kalevas Seniorer uppfyller kraven på att erhålla föreningsbidrag ifrån Äldre- och omsorgsnämnden då föreningens verksamhet kompletterar socialtjänstens arbete. Då Äldre- och omsorgsnämndens budgeterade medel för föreningsbidrag är begränsade föreslår socialkontoret att samtliga pensionärsföreningar erhåller ett grundbidrag på 110 kronor per medlem. Kalevas Seniorer erhåller bidrag med 11 550 kronor för verksamhetsåret 2022.

Socialkontoret föreslår att Kalevas Seniorer erhåller 35 000 kronor för sitt arbete med finska pensionärer då Upplands-Bro kommun är ett finskt förvaltningsområde.

Slutligen föreslår socialkontoret att Kalevas Seniorer erhåller 10 000 kronor som ett extra föreningsbidrag till pensionärsföreningar 2022 för deras arbete för ett meningsfullt och hälsosamt åldrande samt att de förebygger social isolering hos Upplands-Bro kommuns pensionärer under pandemin.



Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 4 april 2022
- Kalevas Seniorers ansökan om föreningsbidrag för verksamhetsåret 2022 med tillhörande bilagor

Ärendet

2019 tog Äldre- och omsorgsnämnden över hela ansvaret för föreningsbidrag till föreningar och organisationer som bedriver frivilligt socialt arbete i Upplands-Bro kommun som kompletterar det arbete som socialtjänsten bedriver inom Äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområden ifrån Kultur- och fritidsnämnden. Äldre- och omsorgsnämnden ansvarar för omsorg av äldre samt personer som är under 65 år med behov av hemtjänst, vård- och omsorgsboenden, hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå samt förebyggande verksamhet.

Pensionärsföreningar fick 110 kronor per medlem i grundbidrag ifrån Kultur- och fritidsnämnden.

Kalevas Seniorers ansökan om föreningsbidrag för verksamhetsåret 2021

Finska föreningen Kalevas Seniorer är en förening för finska pensionärer och har 105 medlemmar i Upplands-Bro kommun.

2021 var ett speciellt år på grund utav pandemin men föreningen genomförde ändå lite verksamhet under sommaren och under hösten genomfördes aktiviteter ungefär som under tidigare år. De aktiviteter som genomförts för medlemmarna är bland annat handarbete, café, karaoke, bakdag där de har bakat bröd, kaffebröd och karelskapiroger, bingo, kortspel, gudstjänst, resa till Helsingfors, filmvisning samt julfest. Föreningen har även firat Finlands självständighetsdag.

I Kalevas Seniorers verksamhetsplan för 2022 står det är föreningen arbetar för att det ska ges vård på finska för äldre finstalande personer i Upplands-Bro kommun samt att de arbetar för att inrätta ett dagcenter för finskspråkiga pensionärer. Föreningen ska samarbeta med andra pensionärsföreningar inom och utanför kommunen samt delta i de arrangemang som kommunen anordnar. Förutom de aktiviteter som genomfördes under 2021 ska föreningen även starta upp en studiecirkel efter önskemål ifrån sina medlemmar.

Socialkontorets förslag till beslut

Grundbidraget till föreningar och organisationer som riktar sig till pensionärer har utgått med 110 kronor per bidragsberättigad medlem ifrån Kultur- och fritidsnämnden. Socialkontoret anser att Kalevas Seniorer uppfyller kraven på att erhålla föreningsbidrag ifrån Äldre- och omsorgsnämnden då föreningens verksamhet kompletterar socialtjänstens arbete.



Då Äldre- och omsorgsnämndens budgeterade medel för föreningsbidrag är begränsade föreslår socialkontoret att samtliga pensionärsföreningar erhåller ett grundbidrag på 110 kronor per medlem. Kalevas Seniorer hade 105 medlemmar i slutet av 2021. Socialkontorets förslag är att Kalevas Seniorer erhåller ett bidrag på 11 550 kronor för verksamhetsåret 2022 ifrån Äldre- och omsorgsnämnden.

Finskt förvaltningsområde

Socialkontoret anser att Kalevas Seniorer bidrar till att Upplands-Bro kommun kan fullfölja sitt uppdrag som finskt förvaltningsområde. Kontoret föreslår att föreningen erhåller 35 000 kronor för sitt arbete med finska pensionärer bosatta i Upplands-Bro kommun. Föreningen ska inkomma med en redovisning utav vilka aktiviteter de har genomfört för dessa medel i nästa års ansökan om föreningsbidrag.

Extra föreningsbidrag till pensionärsföreningar 2022 på grund utav Coronapandemin

Socialkontoret vill uppmärksamma pensionärsföreningarnas arbete för kommunens äldre under den pandemi som varit. Pensionärsföreningarna bedriver ett viktigt proaktivt arbete för ett meningsfullt och hälsosamt åldrande samt förebygger social isolering hos Upplands-Bro kommuns pensionärer. Kontoret är medveten om att föregående två år har varit en prövning för samtliga föreningar i kommunen med inställda aktiviteter, isolering och/eller karantän med ett minskat medlemsantal som följd.

Socialkontoret föreslår därför att samtliga pensionärsföreningar ska erhålla 10 000 kronor som extra föreningsbidrag för verksamhetsåret 2022.

Barnperspektiv

Föreningar som riktar sig till pensionärer bidrar till hälsofrämjande aktiviteter för kommunens invånare som är äldre. Detta gynnar de barn och unga som har anhöriga och närstående som är pensionärer och som lever ett aktivt liv.



Socialkontoret

[Redacted]

Socialchef

[Redacted]

Avdelningschef äldre- och
omsorgsavdelningen

Beslut sänds till

- [Redacted]
- Kalevas Seniorer



Datum	Vår beteckning	Er beteckning
2022-04-04	ÄON 22/0063	

Äldre- och omsorgsnämnden

Ansökan om föreningsbidrag 2022 - PRO Bro

Förslag till beslut

1. Äldre- och omsorgsnämnden beviljar PRO Bro föreningsbidrag med 29 810 kronor för verksamhetsåret 2022.
2. Äldre- och omsorgsnämnden beviljar PRO Bro 10 000 kronor som ett extra föreningsbidrag till pensionärsföreningar 2022 för deras arbete för ett meningsfullt och hälsosamt åldrande samt att de förebygger social isolering hos Upplands-Bro kommuns pensionärer under pandemin.

Sammanfattning

Äldre- och omsorgsnämnden ansvarar för omsorg av äldre samt personer som är under 65 år med behov av hemtjänst, vård- och omsorgsboenden, hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå samt förebyggande verksamhet. Föreningar och organisationer som riktar sig till pensionärer tillhör denna kategori.

Socialkontoret anser att PRO Bro uppfyller kraven på att erhålla föreningsbidrag ifrån Äldre- och omsorgsnämnden då föreningens verksamhet kompletterar socialtjänstens arbete. Då Äldre- och omsorgsnämndens budgeterade medel för föreningsbidrag är begränsade föreslår socialkontoret att samtliga pensionärsföreningar erhåller ett grundbidrag på 110 kronor per medlem. PRO Bro erhåller bidrag med 29 810 kronor för verksamhetsåret 2022.

Slutligen föreslår socialkontoret att PRO Bro erhåller 10 000 kronor som ett extra föreningsbidrag till pensionärsföreningar 2022 för deras arbete för ett meningsfullt och hälsosamt åldrande samt att de förebygger social isolering hos Upplands-Bro kommuns pensionärer under pandemin.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 4 april 2022
- PRO Bro ansökan om föreningsbidrag för verksamhetsåret 2022 med tillhörande bilagor



Ärendet

2019 tog Äldre- och omsorgsnämnden över hela ansvaret för föreningsbidrag till föreningar och organisationer som bedriver frivilligt socialt arbete i Upplands-Bro kommun som kompletterar det arbete som socialtjänsten bedriver inom Äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområden ifrån Kultur- och fritidsnämnden. Äldre- och omsorgsnämnden ansvarar för omsorg av äldre samt personer som är under 65 år med behov av hemtjänst, vård- och omsorgsboenden, hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå samt förebyggande verksamhet.

Pensionärsföreningar fick 110 kronor per medlem i grundbidrag ifrån Kultur- och fritidsnämnden.

PRO Bros ansökan om föreningsbidrag för verksamhetsåret 2022

Pensionärernas riksorganisation, PRO, är en utav Sveriges största organisationer för pensionärer med 320 000 medlemmar. PRO Bro har funnits som egen förening sedan 1978 och har idag 271 medlemmar.

Pandemin har inneburit en prövning för PRO Bro som under 2021 fick ställa in många arrangemang. Föreningen valde dock att genomföra några aktiviteter där de inte tog ut någon entréavgift i syfte att bibehålla kontakten med sina medlemmar. Höstterminen drog i gång i början av oktober med aktiviteter enligt plan och avslutades med den traditionsenliga jullunchen.

Exempel på aktiviteter som PRO Bro har genomfört för sina medlemmar under 2021 är bland annat studiecirklar genom ABF samt friskvård med sittjympa, boule och dans. Föreningen har bingo en gång i veckan i servicehuset i Bro där även andra boende i huset är välkomna att delta. Förutom detta så har det anordnats bussutflykter, spontana evenemang och resor med kollektivtrafiken till museer och intressanta platser i regionen.

Socialkontorets förslag till beslut

Grundbidraget till föreningar och organisationer som riktar sig till pensionärer har utgått med 110 kronor per bidragsberättigad medlem ifrån Kultur- och fritidsnämnden. Socialkontoret anser att PRO Bro uppfyller kraven på att erhålla föreningsbidrag ifrån Äldre- och omsorgsnämnden då föreningens verksamhet kompletterar socialtjänstens arbete.

Då Äldre- och omsorgsnämndens budgeterade medel för föreningsbidrag är begränsade föreslår socialkontoret att samtliga pensionärsföreningar erhåller ett grundbidrag på 110 kronor per medlem. PRO Bro hade 279 medlemmar i slutet av 2021. Socialkontorets förslag är att PRO Bro erhåller ett bidrag på 29 810 kronor för verksamhetsåret 2022 ifrån Äldre- och omsorgsnämnden.



Extra föreningsbidrag till pensionärsföreningar 2022 på grund utav Coronapandemin

Socialkontoret vill uppmärksamma pensionärsföreningarnas arbete för kommunens äldre under den pandemi som varit. Pensionärsföreningarna bedriver ett viktigt proaktivt arbete för ett meningsfullt och hälsosamt åldrande samt förebygger social isolering hos Upplands-Bro kommuns pensionärer. Kontoret är medveten om att föregående två år har varit en prövning för samtliga föreningar i kommunen med inställda aktiviteter, isolering och/eller karantän med ett minskat medlemsantal som följd.

Socialkontoret föreslår därför att samtliga pensionärsföreningar ska erhålla 10 000 kronor som extra föreningsbidrag för verksamhetsåret 2022.

Barnperspektiv

Föreningar som riktar sig till pensionärer bidrar till hälsofrämjande aktiviteter för kommunens invånare som är äldre. Detta gynnar de barn och unga som har anhöriga och närstående som är pensionärer och som lever ett aktivt liv.

Socialkontoret

██████████

Socialchef

██████████

Avdelningschef äldre- och omsorgsavdelningen

Beslut sänds till

- ██████████
- PRO Bro



Datum	Vår beteckning	Er beteckning
2022-04-04	ÄON 22/0070	

Äldre- och omsorgsnämnden

Ansökan om föreningsbidrag 2022 - SPF Seniorerna Vikingarna i Upplands-Bro

Förslag till beslut

1. Äldre- och omsorgsnämnden beviljar SPF Seniorerna Vikingarna i Upplands-Bro föreningsbidrag med 46 750 kronor för verksamhetsåret 2022
2. Äldre- och omsorgsnämnden beviljar SPF Seniorerna Vikingarna i Upplands-Bro 10 000 kr som ett extra föreningsbidrag till pensionärsföreningar 2022 för deras arbete med ett meningsfullt och hälsosamt åldrande samt att de förebygger social isolering hos Upplands-Bro kommuns pensionärer under pandemin.

Sammanfattning

Äldre- och omsorgsnämnden ansvarar för omsorg av äldre samt personer som är under 65 år med behov av hemtjänst, vård- och omsorgsboenden, hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå samt förebyggande verksamhet. Föreningar och organisationer som riktar sig till pensionärer tillhör denna kategori.

Socialkontoret anser att SPF Seniorerna Vikingarna i Upplands-Bro uppfyller kraven på att erhålla föreningsbidrag ifrån Äldre- och omsorgsnämnden då föreningens verksamhet kompletterar socialtjänstens arbete. Då Äldre- och omsorgsnämndens budgeterade medel för föreningsbidrag är begränsade föreslår socialkontoret att samtliga pensionärsföreningar erhåller ett grundbidrag på 110 kronor per medlem. SPF Seniorerna Vikingarna i Upplands-Bro erhåller bidrag med 46 750 kronor för verksamhetsåret 2022.

Slutligen föreslår socialkontoret att SPF Seniorerna Vikingarna i Upplands-Bro erhåller 10 000 kronor som ett extra föreningsbidrag till pensionärsföreningar 2022 för deras arbete för ett meningsfullt och hälsosamt åldrande samt att de förebygger social isolering hos Upplands-Bro kommuns pensionärer under pandemin.



Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse den 4 april 2022
- SPF Seniorerna Vikingarna i Upplands-Bros ansökan om föreningsbidrag för verksamhetsåret 2022 med tillhörande bilagor

Ärendet

2019 tog Äldre- och omsorgsnämnden över hela ansvaret för föreningsbidrag till föreningar och organisationer som bedriver frivilligt socialt arbete i Upplands-Bro kommun som kompletterar det arbete som socialtjänsten bedriver inom Äldre- och omsorgsnämndens verksamhetsområden ifrån Kultur- och fritidsnämnden. Äldre- och omsorgsnämnden ansvarar för omsorg av äldre samt personer som är under 65 år med behov av hemtjänst, vård- och omsorgsboenden, hälso- och sjukvårdsinsatser upp till sjuksköterskenivå samt förebyggande verksamhet.

Pensionärsföreningar fick 110 kronor per medlem i grundbidrag ifrån Kultur- och fritidsnämnden.

SPF Seniorerna Vikingarnas ansökan om föreningsbidrag för verksamhetsåret 2022

SPF Seniorerna är en partipolitiskt och religiöst obunden medlemsorganisation för alla som har rätt till pension i Sverige, oavsett ålder. SPF Seniorerna Vikingarna bildades 1985 och har 425 medlemmar i Upplands-Bro kommun.

Föregående år har även detta präglats utav pandemin för SPF Seniorerna Vikingarna. Föreningen fick ställa in alla sina aktiviteter i sitt vårprogram men under och efter sommaren kunde dock en del aktiviteter genomföras. Exempel på aktiviteter som föreningen har genomfört för sina medlemmar är bland annat bridge som startade upp i oktober och boule som har genomförts hela året dels utomhus, dels inomhus i Bro fotbollshall. SPF Seniorerna Vikingarna har även haft en vandring vid Mälaren, en informationsträff om bin vid hembygdsgården, guidning av kronohäktet på Långholmen, studiebesök på Eons kraftvärmeverk Högbytorp samt en julfest.

I SPF Seniorerna Vikingarnas verksamhetsberättelse för år 2022 framkommer det att föreningens övergripande mål för året är att öka antalet medlemmar samt behålla de medlemmar som föreningen har. Föreningen ska utveckla sitt programutbud, bedda engagemanget i föreningsverksamheten samt utveckla samverkan med grannföreningarna. Medlemmarnas intressen ska främjas inom kommunens verksamhet och föreningen ska även bidra till minskad ensamhet bland äldre.

Socialkontorets förslag till beslut

Grundbidraget till föreningar och organisationer som riktar sig till pensionärer har utgått med 110 kronor per bidragsberättigad medlem ifrån Kultur- och



fritidsnämnden. Socialkontoret anser att SPF Seniorerna Vikingarna i Upplands-Bro uppfyller kraven på att erhålla föreningsbidrag ifrån Äldre- och omsorgsnämnden då föreningens verksamhet kompletterar socialtjänstens arbete.

Då Äldre- och omsorgsnämndens budgeterade medel för föreningsbidrag är begränsade föreslår socialkontoret att samtliga pensionärsföreningar erhåller ett grundbidrag på 110 kronor per medlem. SPF Seniorerna Vikingarna i Upplands-Bro hade 425 medlemmar i slutet av 2021. Socialkontorets förslag är att SPF Seniorerna Vikingarna i Upplands-Bro erhåller ett bidrag på 46 750 kronor för verksamhetsåret 2022 ifrån Äldre- och omsorgsnämnden.

Extra föreningsbidrag till pensionärsföreningar 2022 på grund utav Coronapandemin

Socialkontoret vill uppmärksamma pensionärsföreningarnas arbete för kommunens äldre under den pandemi som varit. Pensionärsföreningarna bedriver ett viktigt proaktivt arbete för ett meningsfullt och hälsosamt åldrande samt förebygger social isolering hos Upplands-Bro kommuns pensionärer. Kontoret är medveten om att föregående två år har varit en prövning för samtliga föreningar i kommunen med inställda aktiviteter, isolering och/eller karantän med ett minskat medlemsantal som följd.

Socialkontoret föreslår därför att samtliga pensionärsföreningar ska erhålla 10 000 kronor som extra föreningsbidrag för verksamhetsåret 2022.

Barnperspektiv

Föreningar som riktar sig till pensionärer bidrar till hälsofrämjande aktiviteter för kommunens invånare som är äldre. Detta gynnar de barn och unga som har anhöriga och närstående som är pensionärer och som lever ett aktivt liv.

Socialkontoret

██████████

Socialchef

██████████

Avdelningschef äldre- och omsorgsavdelningen

Beslut sänds till

- ██████████
- SPF Seniorerna Vikingarna i Upplands-Bro



Datum	Vår beteckning	Er beteckning
2022-04-05	ÄON 22/0068	

Äldre- och omsorgsnämnden

Kvalitetsberättelser år 2021 - Äldre- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut

Äldre- och omsorgsnämnden godkänner redovisning av kvalitetsberättelser från verksamheter i intern och extern regi

Sammanfattning

Samtliga verksamheter inom Äldre- och omsorgsnämndens ansvarsområde, oavsett regi, ska inkomma med en kvalitetsberättelse senast den första mars (1/3) varje år. Humana Lillsjö Badväg har stoppdag första april (1/4) enligt avtal. Kvalitetsberättelsen ska beskriva hur verksamhetens kvalitetsarbete under föregående år har bedrivits. Den ska ge svar på vilka resultat som har uppnåtts inom verksamhetens kvalitetsarbete samt vilka åtgärder som är vidtagna för att säkra kvaliteten.

Äldre- och omsorgsnämnden har framfört önskemål om att alla nämndens verksamheter ska följas upp och presenteras på ett likvärdigt sätt, oavsett regi. Samtliga verksamheter har blivit ombudda att nyttja den mall för kvalitetsberättelse som är utarbetad av socialkontorets kvalitetsteam, i syfte att uppnå nämndens önskemål.

Samtliga berättelser har granskats av kvalitetsutvecklare som har lämnat återkoppling till verksamheterna. Kvalitetsutvecklare har sedan gjort en analys och ger förslag på aktiviteter för att förbättra verksamheternas systematiska kvalitetsarbete.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad den 5 april år 2022
- Kvalitetsberättelse Biståndsenheten, bilaga 1
- Kvalitetsberättelse Attendo Hagtorp, bilaga 2
- Kvalitetsberättelse Humana Lillsjö badväg, bilaga 3
- Kvalitetsberättelse Vardaga Villa Silvertorget, bilaga 4
- Kvalitetsberättelse Kungsgården, bilaga 5
- Kvalitetsberättelse Norrgården, bilaga 6



- Kvalitetsberättelse Hemtjänst egen regi, bilaga 7
- Kvalitetsberättelse Destinys care, bilaga 8
- Kvalitetsberättelse Proffssystem, bilaga 9
- Kvalitetsberättelse Förebyggande enheten, bilaga 10
- Kvalitetsberättelse Hälso- och sjukvårdsenheten, bilaga 11

Ärendet

En kvalitetsberättelse ska beskriva hur verksamhetens kvalitetsarbete under föregående år har bedrivits. Den ska ge svar på vilka resultat som har uppnåtts inom verksamhetens kvalitetsarbete samt vilka åtgärder som är vidtagna för att säkra kvaliteten.

Kvalitetsberättelsen ska vara till nytta för verksamheten själv. Där ska såväl medarbetare som verksamhetsansvariga kunna identifiera förbättringsområden och med detta lägga en plan för kommande arbete, med de prioriteringar som är mest angelägna att göra.

Samtliga verksamheter inom Äldre- och omsorgsnämndens ansvarsområde, oavsett regi, ska årligen inkomma med en kvalitetsberättelse senast den första mars (1/3) varje år. Humana Lillsjö badväg har stoppdag första april (1/4) enligt avtal.

Granskning av kvalitetsberättelser – en del i nämndens uppföljningsplan

Äldre- och omsorgsnämnden har framfört önskemål om att alla nämndens verksamheter ska följas upp och presenteras på ett likvärdigt sätt, oavsett regi. Mot bakgrund av detta pågår ett arbete med att skapa en ny uppföljningsplan för nämndens verksamheter vilken kommer att tas upp i nämnd för beslut när ett förslag är färdigställt. En del i den nya uppföljningsplanen avser granskning av kvalitetsberättelser från samtliga verksamheter. För att skapa likvärdighet kommer samtliga verksameters kvalitetsberättelser presenteras på samma sätt för nämnd i detta ärende till skillnad från tidigare år där en nämndövergripande kvalitetsberättelse skrivits för verksamheter i intern regi.

I föregående års kvalitetsberättelser uppmärksammades inom flera verksamheter, såväl i intern som extern regi, brister avseende systematik i berättelserna. En mall med tydliga anvisningar har därför tagits fram för att stödja cheferna i skrivandet och underlätta systematiken. Samtliga verksamheter har blivit ombudda att nyttja den mall för kvalitetsberättelse som är utarbetad av socialkontorets kvalitetsteam. För att ge samtliga verksamheter möjlighet att uppnå en så fullständig och heltäckande beskrivning som möjligt av vad som har åstadkommit under år 2021 samt vilka uttalade och prioriterade områden som har identifierats, har samtliga berättelser som steg ett granskats av kvalitetsutvecklare. Efter granskning har kvalitetsutvecklare



lämnat återkoppling och därefter har verksamheterna givits möjlighet till förtydliganden och tillägg för att ge en så rättvisande bild som möjligt.

Vidare kommer socialkontorets kvalitetsutvecklare göra en övergripande analys av inkomna kvalitetsberättelser och resultatet av denna analys kommer delvis ligga till grund för vilka verksamheter som kommer följas upp ytterligare under året.

Kvalitetsberättelser – intern regi

Av enheternas kvalitetsberättelser går det tydligt att utläsa att ambitionen och målsättningen att utveckla sitt arbete är god. Aktiviteter finns beskrivna i flera enheter som möter nämndens specifika mål. Många aktiviteter utgör prioriterade delar i lagkrav och föreskrifter.

Verksamheterna inom egen regi har fortsatt sitt arbete med att utveckla samverkan sinsemellan. Pandemin har påverkat möjligheten att genomföra möten fysiskt så samverkan har framförallt skett digitalt under föregående år. Under 2021 har arbetet med att öka och utveckla individens delaktighet samt påverkansmöjlighet i sina insatser fortgått.

Kvalitetsberättelser – extern regi

De verksamheter inom Äldre- och omsorgsnämndens ansvarsområde som bedrivs i extern regi är hemtjänst enligt LOV samt Vård- och omsorgsboende LOV. Inom hemtjänsten LOV är Destinys Care och Proffssystemen utförare och inom vård- och omsorgsboende enligt LOV är Humana Lillsjö Badväg och Vardaga Villa Silvertorget utförare. Hagtorps vård- och omsorgsboende drivs av Attendo på entreprenad (LOU).

Externa utförare har liksom kommunala verksamheter fått återkoppling på sina kvalitetsberättelser och givits möjlighet att redigera berättelsen om de så önskat.

Då Vardaga Villa silvertorget endast har en boende ifrån Upplands-Bro kommun har socialkontoret godkänt att denna kvalitetsberättelse är skriven på Vardagas egen mall för kvalitetsberättelser.

Sammanfattande bedömning och planering av övergripande åtgärder

Socialkontorets kvalitetsutvecklare har granskat samtliga kvalitetsberättelser och alla verksamheter har fått återkoppling och möjlighet att redigera och utveckla innehållet i kvalitetsberättelsen. Utförandet av kvalitetsberättelserna avseende innehåll och upplägg var ifrån början ganska stor. Flera kvalitetsberättelser blev mer tydliga med en utförligare beskrivning och innehåll efter redigering vilket är positivt.

De förbättringsområden som är uppmärksammade berör i olika grad de externa verksamheterna likväl inom och mellan verksamheter i egen regi.



Några viktiga förbättringsområden har identifierats:

- Systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9 – Systematik innebär planering av kontrollmoment, uppföljning och utvärdering av resultat. Analys av resultat ska ge information om vilka åtgärder som behöver vidtas samt föreslå aktiviteter som kan förbättra arbetet.

Några verksamheter presenterar vilka aktiviteter som är genomförda men behöver utveckla sitt arbete enligt beskriven systematik. Det är framför allt nyttan för den enskilde i kontakt med vården och omsorgen som ska belysas i det systematiska arbetet.

Exempel kan vara verksamheter som har få eller inga klagomål, ingen utredning enligt lex Sarah och få avvikelser i relation till verksamhetens karaktär och omvårdnadsnivå för aktuell målgrupp.

- Socialtjänstlagens kvalitetsparagraf beskriver vad som behöver vara uppfyllt för att anses ha god kvalitet. God kvalitet betyder att verksamheten ska bygga på evidens och kunskap, vara tillgänglig och jämlik, delaktigöra den enskilde samt vara samordnad. Det är viktigt att verksamheternas alltid har med detta perspektiv i sitt utvecklingsarbete.

Planering år 2022 för att förbättra det systematiska kvalitetsarbetet

Kvalitetsutvecklare kommer under år 2022 att ytterligare analysera samtliga inlämnade kvalitetsberättelser. Resultatet av detta ligger till grund för vilka verksamheter som granskas närmare under år 2022.

Verksamhetsuppföljningarna kommer att presenteras i nämnd.

Kvalitetsteamet erbjuder aktiviteter och ger förslag till verksamheterna för att utveckla arbetet enligt följande:

- Genomförande av workshops för verksamheter inom egenregi, för att underlätta och åskådliggöra hur Stratsys kan nyttjas för att kunna följa upp och analysera utvecklingen i verksamheten. Stratsys är kommunens ledningsverktyg för att planera, genomföra och följa upp verksamhet. En grundutbildning kommer att genomföras i samarbete med systemförvaltare för Stratsys. Som nästa steg kommer socialkontorets kvalitetsutvecklare att, tillsammans med verksamheterna, arbeta fram de egenkontroller som är viktiga att genomföra för att efterleva krav på god kvalitet enligt SOSFS 2011:9.
- Nyttja resultat av nationella mätningar och jämförelser för att identifiera förbättringsbehov och prioriterade delar.
- Nyttja resultat av revisioner där förbättringsområden identifieras.
- Metoder för att utvärdera resultat av insats.



Barnperspektiv

En kvalitetsberättelse beskriver hur arbetet bedrivs för att, på ett så systematiskt sätt som möjligt, säkra och utveckla kvaliteten i en verksamhet. Detta gynnar de barn och ungdomar som har närstående som får insatser inom nämndens ansvarsområde.

██████████

Socialchef

██████████

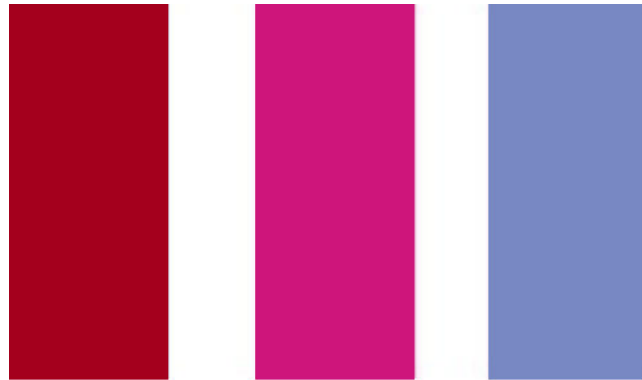
Avdelningschef äldre- och
omsorgskontoret

Bilagor

1. Kvalitetsberättelse 2021 Biståndsenheten, bilaga 1
2. Kvalitetsberättelse 2021 Attendo Hagtorp, bilaga 2
3. Kvalitetsberättelse 2021 Lillsjö badväg, bilaga 3
4. Kvalitetsberättelse 2021 Villa Silvertorget, bilaga 4
5. Kvalitetsberättelse 2021 Kungsgården, bilaga 5
6. Kvalitetsberättelse 2021 Norrgården, bilaga 6
7. Kvalitetsberättelse 2021 Hemtjänst egen regi, bilaga 7
8. Kvalitetsberättelse Destinys Care 2021, bilaga 8
9. Kvalitetsberättelse Proffssystemen 2021, bilaga 9
10. Kvalitetsberättelse Förebyggande enheten 2021, bilaga 10
11. Kvalitetsberättelsen Hälso- och sjukvård 2021, bilaga 11

Beslut sänds till

- Verksamhetschef Lillsjö Badväg
- Verksamhetschef Attendo Hagtorp
- Verksamhetschef Villa Silvertorget
- Verksamhetschef Destinys Care
- Verksamhetschef Proffssystemen
- Samtliga enhetschefer inom äldre- och omsorgskontoret



Kvalitetsberättelse 2021

Biståndsenhet / Äldreomsorg



Innehållsförteckning

1	Syfte och mål.....	3
2	Verksamhetsinriktning och ansvar	4
	2.1 Målgrupp	4
	2.2 Uppdrag och ansvar	4
3	Föregående års identifierade förbättringsområden.....	5
4	Egenkontroll.....	6
	4.1 Identifierade förbättringsområden	6
	4.2 Egenkontrollplan.....	6
5	Brukarundersökning.....	12
	5.1 Genomförda brukarundersökningar	12
	5.2 Resultat av brukarundersökning	12
	5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	14
6	Synpunkter och klagomål.....	15
	6.1 Sammanställning synpunkter.....	15
	6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	15
7	Avvikelsehantering.....	16
	7.1 Avvikelser och förbättringsförslag	16
	7.2 Lex Sarah.....	16
	7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	17
8	Samverkan	18
	8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	20
9	Risakanalys	21
	9.1 Genomförda riskanalyser.....	21
	9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	22
10	Genomförda externa granskningar	23
	10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	23
11	Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden	25

1 Syfte och mål

En kvalitetsberättelse ska beskriva hur verksamhetens kvalitetsarbete för föregående år har bedrivits. Den ska ge svar på vilka resultat som har uppnåtts inom verksamhetens kvalitetsarbete samt vilka åtgärder som är vidtagna för att säkra kvaliteten.

Kvalitetsberättelsen ska vara till nytta för verksamheten själv. Där ska såväl medarbetare som verksamhetsansvariga kunna identifiera förbättringsområden och med detta lägga en plan för kommande arbete, med de prioriteringar som är mest angelägna att göra.

Den kvalitetsberättelse som skrivs på nämndnivå är en sammanfattning av de viktigaste identifierade delarna inom nämndens alla verksamheter och syftar till att ge politiken en uppfattning om helheten.

2 Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Verksamheten vänder sig till målgruppen inom äldreomsorg och de som har ett behov av hemtjänst, insatser enligt Socialtjänstlagen (2001:453 SoL).

From jan 2021 är två administratörer organiserade under biståndsenheten. Administratörerna har övergripande uppdrag för hela socialkontoret vilket innebär att fler målgrupper har tillkommit, ex vårdnadshavare för placerade barn, enskild medborgare avseende dödsbohantering, enskild medborgare i avhysningsärenden etc.

2.2 Uppdrag och ansvar

Verksamheten består av tre arbetsgrupper, biståndshandläggare, administratörer och Trygg förstärkt hemgång.

I biståndshandläggarens huvudsakliga arbetsuppgifter ingår handläggning av bistånd/insatser enligt Socialtjänstlagen (2001:453 SoL) till målgruppen äldreomsorg och de som har behov av hemtjänst.

Biståndshandläggarna informerar, utreder, beslutar och beställer praktiskt genomförande av insatser samt följer upp beslutade insatser. Medverkar till ett fungerande förebyggande arbete, råd och stödinsatser.

Biståndshandläggarna utreder och beslutar även ansökan om Riksfärdtjänst samt utreder behov om färdtjänst för enskilda som inte kan ta sig till Kontaktcenter.

Administratörerna arbetar övergripande inom hela socialkontoret. Deras huvudsakliga uppdrag är avgifter inom socialtjänst främst äldreomsorg, dödsbohandläggning, mottagare och granskare inom ekonomi, gallring och arkivvård etc.

Trygg förstärkt hemgång startade mars 2018. Teamet består av undersköterskor med mångårig erfarenhet från hemtjänsten. Syftet är att arbeta för en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Kriterier för insatsen är stor oro från brukaren eller dess anhöriga om att klara sig i hemmet efter utskrivning från sjukhus. Sedan mars 2020 är Trygg förstärkt hemgång del av den arbetsgrupp på socialkontoret som hanterar nyckel fria lås, trygghetslarm och trygghetskamera i hemtjänsten.

Arbetet på enheten bedrivs med fokus på hållbar förändring och i enlighet med gällande lagstiftning, kommunfullmäktiges och socialnämndens mål och uppdrag samt att arbeta i enlighet med kommunens organisationsfilosofi HEP – helhetssyn, engagemang och professionalitet.

3 Föregående års identifierade förbättringsområden

Utifrån enhetens verksamhetsberättelse samt kvalitetsberättelse år 2020 framkom följande förbättringsområden;

- Att det går att följa ärendet i dokumentationen
- Det saknas motivering till att utredning inletts/ej inletts i förhandsbedömningen
- Att det ska framgå när och hur utredning och beslut har kommunicerats
- Det saknas aktuell samordnad individuell plan (SIP) i flertal ärenden
- Att det framgår i utredning när insatsen ska följas upp
- Det saknas upprättade genomförandeplaner
- Otydligt kring vad som menas med enskilda samtal

Utifrån akt granskning 2020 har stora förbättringar har skett i ärendehantering. Den aktgranskning som gjordes dec 2021 visar att det går att följa ärendet i dokumentationen, det finns aktuell samordnad individuell plan(SIP) i flertal ärenden, det framgår i utredning när insatsen ska följas upp och det är tydligt vad som menas med enskilda samtal.

Förbättringsområden att jobba med under år 2022:

- Det saknas motivering till att utredning inletts/ej inletts i förhandsbedömningen
- Att det ska framgå när och hur utredning och beslut har kommunicerats
- Det saknas upprättade genomförandeplaner

Enheten har under år 2021 jobbat med olika aktiviteter;

- metodstödsdagar för handläggare och undersköterskor
- kontinuerliga ärendeavstämningar
- uppdateringar i lifecare

4 Egenkontroll

Sammanfattning av årets egenkontroller

Enheten har under året jobbat med enhetsspecifika aktiviteter utifrån kvalitetsområdena helhetssyn och samordning, självbestämmande och integritet, trygghet och rättssäkerhet och kunskapsbaserad och effektiv verksamhet.

De olika kontrollmomenten har kontinuerligt hanterats på enhetens kvalitetsråd samt på arbetsplatsträffar och ärendedragningar.




Samtliga kontrollmoment redovisas i detta dokument.

4.1 Identifierade förbättringsområden

Identifierade förbättringsområden framkommer i tabell egenkontrollplan markerade med gröna, gula och röda markörer.

4.2 Egenkontrollplan



4.2.1 Helhetssyn och samordning

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Rutiner brister kring byte av utförare. Larmcentral saknar uppgifter om rätt utförare.	Ny rutin är skapad och meddelad samtliga utförare och handläggare v 8. Kvalitetsråd följer upp inkomna avvikelser. Rutin genomläst på kvalråd, behövs tydliggöra vem är larmansvarig? Handläggare åtgärdar avvikelser och rapporterar till kvalråd.	Halvår  Ingen avvikelse	Ny rutin framtagen att i övrigt rutan i beställning ska handläggare alltid skriva om brukaren har dag/natt tillsyn. Det ska även framgå vilken utförare som har uppdraget. Det framgår även på beställningsblankett av trygghetslarm/kamera om vilken utförare som brukaren har valt som utförare dagtid.
Arbetsätt och samverkan mellan bistånd och utförare egen regi.	Kartlägga nuet och behov	Halvår  Ingen avvikelse	Samverkan med samordnare hemtjänst har genomförts vid tre tillfällen i april, sept och dec. Det finns upprättad dagordning. Utökas år 2022 till varannan månad, samordnare myndighet är sammankallande.
Samverkan enheter myndighet	Se över nuvarande rutiner och arbetsätt	Kvartal  Mindre avvikelse	Det finns en upprättad samverkansrutin mellan enheterna på myndighet i syfte att motverka otydlig ansvarsfördelning. Behov finns av att synliggöra rutinen. Åtgärdsplan finns för kommande år.

Åtgärd	Slutdatum	Uppföljning	Status
--------	-----------	-------------	--------

Åtgärd	Slutdatum	Uppföljning	Status
Skapa rutin för byte av utförare Myndighet tar fram skriftlig rutin där det framgår i uppdrag eller i journalanteckningar vilken utförare brukaren har valt dagtid. Information måste gå fram till nattpatrull vid val och byte av utförare sker.	2022-01-31	Ny rutin framtagen att i övrigt rutan i beställning ska handläggare alltid skriva om brukaren har dag/natt tillsyn. Det ska även framgå vilken utförare som har uppdraget.	✓
Uppföljning samverkan Utvärdera första möte med utförare hemtjänst	2021-05-31	Samverkansmöten inbokade med funktioner samordnare/enhetsledare för år 2021. Fortsätter under år 2022.	✓
Forum för samverkan Skapa forum i syfte att tydliggöra samverkan mellan myndighetsenheterna.	2022-05-31		▶






4.2.2 Självbestämmande och integritet

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Synpunktshantering	Kvalitetsråd på enheten hanterar inkomna synpunkter och presenterar på enhetens APT	Månad  Ingen avvikelse	Kvalitetsråd har sammanställt samtliga synpunkter och avvikelser som inkommit till enheten under året. Tider för kvalitetsrådsmöten är ännu inte inbokade för 2022. Inga nya avvikelser har inkommit under december månad.
Socialstyrelsens enkät Vad tycker de äldre om äldreomsorgen	Utgå från resultat i nationell enkätundersökning och skapa mål för enheten.	År  Inte kontrollerat	Det saknas resultat för år 2021 då enkäten inte har skickats ut från Socialstyrelsen.

Åtgärd	Slutdatum	Uppföljning	Status
Uppföljning av åtgärder på Kvalitetsråd Följa upp föreslagna åtgärder på kvalitetsråd och säkerställa att de följs eller har ersatta av andra åtgärder	2022-05-31	Boka in kvalitetsråd för 2022 för uppföljning av åtgärder kring synpunkter och avvikelser i verksamheten.	▶

4.2.3 Trygghet och rättssäkerhet

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
-------------------------------	----------------------	-------------------------	-----------



Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Aktgranskning	<p>Kollegial aktgranskning. Handläggare granskar x antal ärenden utifrån fastställda frågor utifrån sosf 2011:9</p> <p>Samordnare har genomfört aktgranskning för år 2021</p>	<p>År</p> <p> Mindre avvikelse</p>	<p>Sammanställningen för år 2021 aktgranskning visar följande frågeställningar att jobba vidare med;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finns motivering till att utredning inlets/ej inlets i förhandsbedömningen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Av 27 granskade akter saknas det i 12 • Framgår när och hur utredning och beslut kommunicerats? <ul style="list-style-type: none"> ○ Av 27 granskade akter saknas det i 25 • Har utföraren upprättat en genomförandeplan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Av 27 granskade akter saknas det i 20
Att det går att följa ärendet i journal	Stickprovskontroller, kolla på APT 200422	<p>Halvår</p> <p> Ingen avvikelse</p>	<p>Planerad aktgranskning planeras av samordnare under december 2021.</p> <p>Vid aktgranskning som genomfördes nov 2021 visade resultat att 26 av 27 ärenden går det att följa ärendet i journal. Frågeställning ingår fortsatt i aktgranskning 1g/år.</p>
Uppdatera rutin och metoder i att följa upp beslut och inleda utredning inom skälig tid	<p>Punkt på dagordning ärendedragning vid chefsnärvaro</p> <p>Stickprovskontroll ang. tid att inleda utredning?</p>	<p>Halvår</p> <p> Ingen avvikelse</p>	<p>Resultat av aktgranskning 2021 visar att 24 av 27 utredningar inleds skyndsamt. Vid ett ärende som inte låg inom skälig tid orsakades inledning av att journalanteckning inte har uppförts då man inlett utredning, kontakt tagits med sökande.</p> <p>Frågeställning finns fortsatt kvar i underlag för aktgranskning</p> <p>Kontrollmoment avslutas 31 dec 2021.</p>
Uppdatera rutiner i social dokumentation	Metodstöd till arbetsgrupper, ex IBIC, utredningsmallar etc	<p>År</p> <p> Ingen avvikelse</p>	<p>Metodstödsdag har erbjudits under 2021 gemensamt för biståndsenheten och LSS. Nya ska planeras för år 2022, både gemensamt med LSS och egna för verksamheten inom ÅON.</p>
Ej verkställda beslut	Rapport till IVO, Inspektionen för vård och omsorg	<p>Kvartal</p> <p> Ingen avvikelse</p>	<p><u>Rapporteringsstillfälle 31 december</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ej verkställda beslut - ett beslut, vård och omsorgsboende som har erbjudits plats men avböjt. • Verkställda eller avslutade beslut som tidigare rapporterats ej verkställda (SoL) - 0 <p>Sammanställning av ej verkställda och verkställda beslut per den 31 dec 2021 rapporteras till IVO 1-31 jan 2022 och läggs fram till nämnd första kvartal 2022</p>



Åtgärd	Slutdatum	Uppföljning	Status
--------	-----------	-------------	--------

Åtgärd	Slutdatum	Uppföljning	Status
Utvärdera resultat Göra handlingsplan utifrån resultat 2021 samt jämförelse år 2020 och 2021	2022-01-14		✓
Information till enhet 7 dec/ Genomgång av egenkontroll 2021 med samtliga biståndshandläggare på ärendedragning, det är bra resultat men vi behöver komma att bli bättre på att lägga in kommunikeringen i utredningarna.	2022-01-31		✓
Aktivitet aktgranskning Se över hur den ska genomföras och se över innehåll och frågeställningar utifrån vårt verksamhetsområde.	2022-12-16		▶
Uppföljning stickprovskontroller Fortsatta stickprovskontroller och information till medarbetare i avvikelshantering och åtgärder.	2020-11-30		✓
Metodstödsdagar Samordnare bistånd och LSS/Solpsyk planerar tillsammans	2022-12-16		▶
ELG Stående punkt på ELG	2023-02-28		▶



4.2.4 Kunskapsbaserad och effektiv verksamhet



Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
-------------------------------	----------------------	-------------------------	-----------

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
<p>Mätning av användandet av metod IBIC, mål med insats.</p>	<p>Vid uppföljningar, hur har måluppfyllelse skett, finns det mål att följa upp? Hur jobbar vi med mål i uppdrag utifrån brukarens önskan?</p>	<p>År</p> <p> Ingen avvikelse</p>	<p>Enhetens biståndshandläggare deltar i en nationell forskningsstudie på uppdrag av Myndigheten för vård och omsorgsanalys.</p> <p>Under 2020 gjorde Vård- och omsorgsanalys en utvärdering av arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC) på regeringens uppdrag. Utvärderingen visade bland annat att IBIC bidrar till mer strukturerade utredningar i socialtjänsten – Arbetssättet borde därmed även stärka förutsättningarna att följa upp socialtjänstens verksamhet.</p> <p>Syftet med denna studie är att undersöka bedömningen av brukares behov enligt IBIC och beslut om omsorgsinsatser enligt SoL och LSS</p> <ul style="list-style-type: none"> •Finns det skillnader mellan målgrupper och mellan kommuner? – Skillnader i handlägningsprocesser, delaktighet, bedömningar och beslut om insats – Bakgrundsfaktorer som jämförs: kön, ålder, funktionsnedsättning •Är eventuella skillnader motiverade? –Tänkbara förklaringar till skillnaderna •Hur kan omotiverade skillnader motverkas? – Lokalt och nationellt •Hur kan uppföljningen av omotiverade skillnader stärkas och systematiseras? –IBIC som underlag för individbaserad systematisk uppföljning och för att följa upp jämlikhet och jämställdhet i socialtjänsten
<p>Öppna jämförelser, mäter socialtjänstens kvalitet i hela Sverige med hjälp av indikatorer. Resultaten av jämförelserna ger insyn och kan användas för att följa upp, analysera och utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter på olika nivåer.</p>	<p>Genomgång och analys av resultat på enhetens ledningsgrupp</p>	<p>År</p> <p> Ingen avvikelse</p>	<p>Resultatet visar samma uppgifter som året innan. Redovisas mer utförligt i kvalitetsberättelsen.</p>

Åtgärd	Slutdatum	Uppföljning	Status
Forskningsrapport Arbeta med resultat från forskningsstudien	2022-12-16		
Metodstöd IBIC Utveckla mål gradering av svårighet, lägga in i aktgranskning	2022-12-22		

4.2.5 Tillgänglighet och jämlikhet

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Nya säkrast inne tider, må-fred 08.30-09.30 start v8.	Synpunkter från individ om otillgänglighet, tel, mejl, sms etc. Info till KC och önskemål om uppföljning. Frågor till KC om upplevelse.	År  Ingen avvikelse	Enheten har varit tillgänglig på telefonsamtliga vardagar under år 2021 under säkrast inne-tid.
Uppdatering av information	Översyn hemsida och informationsmaterial	År  Ingen avvikelse	Under året har flertalet broschyrer och informationsblad reviderats och uppdaterats enligt ny grafisk profil.

Åtgärd	Slutdatum	Uppföljning	Status
Utvärdera utförartelefon Finns det behov av att den finns kvar? Sällan eller aldrig någon som ringer.	2022-12-22		
Årshjul Revidera årshjul samt en sammanställning av vad som har genomförts.	2022-03-31		

5 Brukarundersökning

5.1 Genomförda brukarundersökningar

Resultat öppna jämförelser 2021 - Äldreomsorg riket

Socialtjänsten har påverkats av covid-19 på olika sätt, till exempel genom inställda insatser eller olika prioriteringar. Inom äldreomsorgen har restriktioner att träffa andra och besöksförbud på särskilda boenden i vissa fall påverkat möjligheten att göra uppföljningar på individnivå. Årets faktablad tar upp behov av insatser för äldre med risk- eller missbruk av alkohol. Ökad alkoholkonsumtion bland äldre ställer ökade krav på äldreomsorgen, missbruksvården och socialtjänsten, att risk- eller missbruk upptäcks och att insatser vid behov samordnas mellan äldreomsorgen och missbruksenheten. Det behöver beaktas att vissa resultat i årets jämförelser kan ha påverkats av pandemin

Socialstyrelsens brukarundersökning 2021, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Alla som har fyllt 65 år får möjlighet att besvara en enkät. Enkäten skickas ut av Socialstyrelsen till äldre personer i hela Sverige. Enkäten kan besvaras per post eller digitalt via internet. På internet kan frågorna även besvaras på engelska, arabiska, finska, meänkieli och samiska.

Socialstyrelsen har tidigare meddelat förseningar för dessa undersökningar. Enligt en preliminär tidsplan kan inventeringar av verksamheter och individer genomföras januari-mars 2022 och resultat från undersökningarna för 2021 publiceras då preliminärt i juni 2022.

Intern brukarenkät uppdrag Trygg förstärkt hemgång

En brukarenkät lämnas ut till brukare/anhörig efter varje avslutat uppdrag. I enkäten finns frågeställningar kring nöjdhet och upplevd trygghet. Av 47 lämnade enkäter har 30 inkommit.

5.2 Resultat av brukarundersökning

Resultat öppna jämförelser 2021 - Riket

- Få kommuner använder resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling inom äldreomsorgen, 7 procent i ordinärt boende och 5 procent i särskilt boende. Ännu färre genomför uppföljningar och använder resultat som är uppdelat på kvinnor och män.
- IBIC används av 56 procent av kommunerna vid alla utredningar för personer i ordinärt boende och 39 procent vid alla uppföljningar. För särskilt boende är motsvarande andelar 57 respektive 28 procent.
- Drygt hälften (52 procent) av kommunerna har en aktuell rutin för att informera den enskilde om samordnad individuell plan (SIP) som ska upprättas när insatser behöver samordnas mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

- Knappt hälften (47 procent) av kommunerna har en aktuell rutin för samordning mellan äldreomsorgen och missbruksenheten. En femtedel av kommunerna har rutiner som visar hur handläggare ska gå tillväga vid misstanke om risk eller missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel bland äldre och 12 procent använder standardiserad bedömningsmetod AUDIT för att upptäcka riskfylld alkoholkonsumtion bland äldre.

Resultat öppna jämförelser 2021 - Upplands-Bro kommun

Enheten arbetar med utredningsmetod IBIC i alla utredningar sedan införandet 2013 då det startade med ÄBIC, Äldres behov i centrum. Därefter utvecklades IBIC, Individens behov i centrum, att gälla för äldre och personer med funktionsnedsättning. IBIC är ett arbetssätt som kan användas i socialtjänsten för att beskriva resurser, behov och mål för personer, oavsett ålder eller funktionsnedsättning, utifrån socialtjänstlagen, SoL, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Upplands-Bro kommun har aktuella rutiner för samordning mellan äldreomsorg och missbrukshandläggare samt rutin att agera vid misstanke om missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel. Det finns även aktuell rutin att agera vid missbruk av läkemedel.

Enheten saknar metod och arbetssätt med att använda resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling inom äldreomsorgen. Ett utvecklingsområde som det finns planerade åtgärder för under år 2022.

Socialstyrelsens brukarundersökning 2021, Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Socialstyrelsen har i uppdrag att undersöka hur de äldre uppfattar äldreomsorgen genom enkäten *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänsten och på äldreboenden. Inventeringen av verksamheter och personer kommer att genomföras under oktober till december 2021 och enkätinsamlingen kommer att starta den andra veckan i januari 2022. Resultaten från undersökningen publiceras preliminärt i juni 2022.

Aktuella frågeställningar i enkäten för enheten;

- Fick du välja utförare av hemtjänsten?
- Fick du plats på det äldreboende du ville bo på?
- Är handläggarens beslut anpassat efter dina behov?

Resultat för enheten kan inte presenteras i årets Kvalitetsberättelse.

Intern brukarenkät uppdrag Trygg förstärkt hemgång

Resultatet från den brukarenkät som lämnats ut till brukare/anhörig efter varje avslutat uppdrag visar att Trygg förstärkt hemgång har haft totalt 42 uppdrag under år 2021, enkäten har lämnats ut till 36 brukare. Av 36 utskickade enkäter har 18 svar inkommit. Fem enkäter har inte kunnat skickas ut under denna period.

Frågeställning i enkäten utifrån verksamhetens uppdrag;

- Insatsen Trygg förstärkt hemgång bidrog till att jag kände mig trygg i mitt hem

Av 18 inkomna svar har 17 st svarat att de upplevt sig trygga i hemmet. En svarade att hen haft för många olika aktörer i hemmet, svårt att veta vem/vilka som tillhörde vilken arbetsgrupp.

5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Enheten skiljer sig inte från riksresultat gällande systematiskt uppföljning till verksamhetsutveckling inom äldreomsorg i ordinärt boende och särskilt boende. Samma gäller för uppföljningar och resultat som är uppdelat på kvinnor och män.

Åtgärd;

- Stärka kompetens och arbetssätt rörande systematiskt datadrivet förbättringsarbete (Individbaserad systematisk uppföljning), med utgångspunkt från Öppna jämförelser. SKR bjuder in till en inspirationsdag 6 april om hur individbaserad systematisk uppföljning kan användas som stöd för kunskaps- och verksamhetsutveckling inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Enhetens ledningsgrupp deltar.

Det finns en aktuell rutin för samordning mellan äldreomsorgen och missbruksenheten som visar hur handläggare ska gå tillväga vid misstanke om risk eller missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel bland äldre. Det har uppmärksammats att rutiner och arbetssätt för denna samordning behöver stärkas upp då verksamheterna har nya medarbetare.

Åtgärd;

- Rutin för samordning mellan äldreomsorgen och missbruksenheten kommer att uppdateras på gemensamma forum för myndighetsenheterna.

6 Synpunkter och klagomål

Kvalitetsråd har under 2021 fortsatt att tydliggöra rutin för klagomål och synpunkter för samtliga medarbetare på enheten. Processen för synpunkter och klagomål är känd men är i behov av en uppdatering. Enheten har en samlad översikt på synpunkter, klagomål, avvikelser och anmälningsskyldighet i form av ett Excel dokument. Enheten återkopplar till den klagande.

6.1 Sammanställning synpunkter

Två synpunkter har inkommit till enheten under år 2021.

1. utebliven återkoppling i ärende Riksfärdtjänst
2. hård ton från handläggare i telefonsamtal med brukare

Återkoppling har skett genom telefonsamtal eller via mejl.

Alla synpunkter och klagomål lyfts på enhetens arbetsplatsträffar i syfte att belysa de konsekvenser som dessa kan leda till.

6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

De synpunkter som avsett brister i återkoppling har diskuterats med den biståndshandläggare som synpunkten berör. Gällande hård ton i telefonsamtal kan ibland upplevas från enskild vid överlämning av information som inte är önskvärd, ex vid avslag på ansökan eller annat som behöver förklaras mer ingående. Samtliga på enheten anser att ett professionellt bemötande är ett av de viktigaste verktygen i socialt arbete.

Avstämningsmöten sker månatligen mellan biståndshandläggare och enhetens ledning där bl. a svåra samtal diskuteras.

7 Avvikelsehantering

Avvikelse ska leda till förbättringar vad det gäller fastlagda rutiner, processer, mallar mm. På de kvalitetsråd som enheten har 1g/ månad följs avvikelser upp och dokumenteras för att sedan presenteras på enhetens APT.

Enheten arbetar med avvikelsehantering och har tagit fram en lokal struktur för att följa ”var avvikelsen finns”. De avvikelser som finns att granska följer struktur och vidtagna åtgärder finns på kvalitetsrådsprotokollen.

7.1 Avvikelse och förbättringsförslag

Till enheten har det inkommit åtta avvikelser under år 2021 gällande;

Otydliga beställningar/uppdrag till utförare

Beställningar/uppdrag till utförare har utvecklats i Lifecare med utökad information kring vald utförare, natt tillsyn mm. Handläggarna har fått fler tydliga och lättanvända frastexter som också blir en påminnelse om att fylla i nödvändig information.

Brister i kommunikation mellan bistånd och utförare av korttidsboende

Det finns en bra kommunikation sedan tidigare mellan bistånd och utförare, händelsen som avser avvikelsen orsakades av otydlig ansvarsfördelning av uppgifter i ärendet. Tidigare års brister i kommunikation mellan biståndsenheten och utförare av hemtjänst har lyfts och hanterats på enheten. Kommunikationskanaler har tydliggjorts mellan biståndsenheten och utförare av hemtjänst.

Ej avbeställda transporter till korttidsplats

Gällande ej avbeställd transport är oklart vad orsak var

Brukare kommer till korttidsplats utan ordinerade läkemedel

Biståndshandläggare kommer fortsätta informera brukare om vad som skall tas med i samband med vistelse på korttidsboende, bla ordinerade läkemedel. Önskemål från korttidsboende att biståndshandläggare även ska dokumentera vilken vårdcentral den enskilde tillhör. Detta görs i de ärenden där det framkommer, brukare kan dock lista om sig på annan vårdcentral utan att det kommer till handläggarens kännedom. Mängden information som en biståndshandläggare ska inhämta i ett ärende behöver begränsas inom de områden där annan huvudman har ansvar för informationsöverföringen.

Handläggare saknar enhetligt arbetssätt i handläggningen, lär upp nya på olika sätt

Viktigt att alla jobbar på ett och samma sätt. Hur kan vi utveckla metodstödsdagarna från de behov som finns i arbetsgruppen? Det har lyfts av medarbetare att behov finns att utvecklas inom den egna verksamheten. Vi behöver även förenkla språket i våra utredningar.

7.2 Lex Sarah

Enheten har hanterat en Lex Sarah utifrån en händelse i ordinärt boende gällande

uteblivna hemtjänstinsatser. För enheten avser anmälan otydlig uppdragsöverlämning till utförare samt otillräcklig kunskap att hantera ärenden med framtidsfullmakt.

En åtgärdsplan har upprättats i samråd med kvalitetsutvecklare och kommer att hanteras på enheten. Anmälan kommer att skickas till IVO i granskande syfte.

7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Muntliga beställningar

Det finns en risk när en beställning överförs muntligt till en utförare. Att informera om en insats muntligt bör alltid ske med en skriftlig notifiering för att säkerställa att mottagande verksamhet har uppfattat vad, när och hur en insats ska genomföras.

Åtgärder på enheten;

- Myndighet ska alltid säkerställa att både dag och nattutförare får den information som är av vikt i ärendet
- Aldrig skicka muntliga uppdrag i nya ärenden och ärenden med endast trygghetslarm eller andra insatser i ordinärt boende som inte utförs dagligen, dessa är att beteckna som nya ärenden då det är oklart om utförare någon gång har träffat brukaren

Journalanteckningar

Åtgärder på enheten;

- En journalanteckning ska alltid skrivas av myndighet och skickas till den utförare som tar emot ett muntligt uppdrag

Rutiner handläggning vid framtidsfullmakt

Åtgärder på enheten;

- Stärka kompetens på enheten gällande framtidsfullmakt och dess innebörd

8 Samverkan

Under år 2021 har stor del av samverkan fortsatt ske digitalt pga rådande pandemi covid-19. Kontinuerliga samverkansmöten har skett under perioden med de parter som har en stor påverkan för enskild medborgare och verksamhetens utveckling.

Enheten deltog fyra halvdagar vid anhörigveckan, anhöriga till äldre och personer med en funktionsnedsättning samt övriga medborgare fick möjlighet att träffa en biståndshandläggare och ställa frågor, bla om hur äldreomsorgen fungerar i vår kommun.

Enheten deltog vid Alzheimerdagen som utställare.

Intern samverkan myndighet;

LOV - Hemtjänst och ledsagarservice/avlösarservice LSS 4 g/år- Enhetschef, samordnare och biståndshandläggare och andra berörda inom socialkontoret har haft fyra LOV-möten under året med utförare i syfte att upprätthålla ett bra samarbete samt delge förändringar i verksamheter.

Hemtjänst - Samordnare myndighet bjuder in kundansvariga och enhetsledare för samtliga hemtjänstutförare och ser över rutiner, verksamhetsfrågor och samverkan. Under året har tre samverkansmöten genomförts.

LOV/LOU Vård och omsorgsboende 4 g/år- Enheten har haft fyra samverkansmöten med samtliga Vård och omsorgsboende under året i syfte att se över samverkan, processer och lokala rutiner.

Samrådsorgan Hagtorp 1g/månad - med verksamhetschef och andra berörda i syfte att stämna av verksamhetens handlingsplan och åtgärder. Formen av samverkan har setts över och kommer att förändras under år 2022 till att endast beröra korttids-och avlastningsplatser. Representanter för Hagtorps korttids-och växelvårdsplatser bjuds in till enhetens ärendedragning 1g/månad där även biståndshandläggare deltar.

Anhörigkonsulent - har bjudits in till enheten för att informera om verksamheten samt möjliggöra fortsatt samverkan övergripande samt i enskilda ärenden.

Extern samverkan myndighet;

Lokal samverkan Demens 2g/halvår - samverkan i överenskommelse mellan kommun och Region.

- öka tryggheten för den enskilde genom en förbättrad samverkan mellan kommun och Region med en gemensam bild av ansvar, resurser och arbetsgång
- säkerställa samverkan för god vård och omsorg i enlighet med de nationella riktlinjerna, KSL överenskommelse om lokal samverkan, socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen, regionala vårdprogram, samt kommunala mål och riktlinjer
- ge aktörer en bättre grund för prioriteringar och öka möjligheten att ge en effektiv och samordnad vård och omsorg med god kvalitet

Dialogmöte - Regionen bjuder in till att diskutera och utveckla en sammanhållen vårdkedja mellan kommun och region. /inställt pga covid-19

FOU.nu - enheten har fler pågående samarbetsprojekt genom FOU.nu, ex IBIC-nätverk,

sammanhållen vård och omsorg; ny lag 1 januari 2018, projekt Trygg hemgång, öppna jämförelser, videoteknik vid vårdplaneringar. Har ej genomförts under 2021.

Nätverk - Enhetschef har deltagit vid nätverksträffar inom äldreomsorg och hemtjänst. Nätverksgrupp för handläggare äldreomsorg saknas.

Referensgrupp storsthlm - kring nya arbetssätt utifrån Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård(LUS). Har ej genomförts under 2021.

Lokal samverkan inför LUS - stämma av samverkan utifrån de nya rutinerna vid utskrivning från slutenvård - med SIP i hemmet. Samverkan sker med primärvård, hemrehab och geriatrik Jakobsberg. Har ej genomförts under 2021.

Intern och extern samverkan Trygg förstärkt hemgång

Arbetsgrupp lås/larm/kamera– Samarbetar i arbetet kring nyckel fri hemtjänst, trygghetslarm och trygghetskamera. Avstämningsmöten en gång i månaden. Kontinuerlig telefon och mejlkontakt med inom gruppen.

Förebyggande enheten – Samverkansmöte en gång per halvår med anhörigkonsulent. Stöttat upp i verksamhet vid behov.

Vuxenenheten – Samarbete och kontakt gällande Trygg förstärkt hemgångs brukare.

Utförare Hemtjänst – Rapportering kring Trygg förstärkt hemgångs brukare, kontinuerlig kontakt via telefon och mejl. Fysiska överrapportering möten angående Trygg förstärkt hemgångs brukare.

Utskrivningsplanerare – Fysiska informationssamtal kring eventuella aktuella nya Trygg förstärkt hemgångs brukare. Efter hemkomst av brukare finns en löpande kontakt via samtal samt mejl med rapporter kring brukarstatus. Fysiska alternativt digitala uppföljningsmöten med brukare, anhöriga och utskrivningsplanerare.

Kommunens vård och omsorgsboende / Korttids – Fysiska mötet kring aktuella och eventuellt tänkbara Trygg förstärkt hemgångs brukare. Överrapportering kring brukare som ska hem med Trygg förstärkt hemgång samt redan aktuella brukare som får permanent plats alternativt en korttidsplats. Trygg förstärkt hemgång stöttar upp som resurser mellan uppdrag.

Rehab Nordväst – Trygg förstärkt hemgång har byggt upp en nära samverkan med Upplands-Bro Rehab i syfte att skyndsamt tillse att hjälpmedel kommer på plats i den enskildes hem. Kontakt sker när Trygg förstärkt hemgång får en ny brukare. Fysiska möten i hemmet. Löpande kontakt under uppdragets gång.

Kommunens rehab – Finns att tillgå om behov uppstår. Har ej haft behov under året 2020.

Vårdinrättningar - Danderyds sjukhus, Jakobsbergs sjukhus, Löwenströmska sjukhuset, Stockholm sjukhem – Kontakt via telefon (ej fysiska möten på grund av Covid-19 sedan mars-20) angående Trygg förstärks hemgångs brukare innan hemkomst samt återinläggningar.

Psykosmottagningen Kungsängen – Telefonkontakt kring Trygg förstärkt hemgångs brukare tillhörande mottagningen.

Kungsängen Vårdcentral / Bro Vårdcentral – Till största del kontakt kring allt som rör hemsjukvård.

Neurotemet Järfälla/Upplands-Bro – Telefonkontakt samt närvarar vid fysiska besök i brukarens hem, löpande under uppdraget.

Närstående – Håller en kontakt telefonledes, smsledes, mejl ledes och fysiska möten.

Ny samverkan 2021

Myndighet

Nytt IT-stöd för utskrivning från slutna hälso- och sjukvård - Ett samverkansprojekt mellan Region Stockholm, Storsthlm och länets kommuner.

Samverkansmöte mellan biståndsenheten och Upplands-Bro hus - Sammanhållet informationsflöde gällande inflytt och utflytt på vård och omsorgsboende. Ett möte har hållits under år 2021.

Trygg förstärkt hemgång

SoS alarm - Kontakt via telefon teamsmöten, gällande kommunens nya trygghetslarm.

Phoniro - Kontakt via telefon och teams- Support och utbildningar.

Careium, tidigare Doro - Telefonkontakt gällande provkörning och felsökning och support gällande trygghetskameror.

8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Det finns ett behov av att återuppta och revidera de samverkansformer som genomfördes innan pandemin. Samverkan sker på alla nivåer chef, samordnare och biståndshandläggare.

Vid LOV möten som avser hemtjänst kommer regionens lokala parter att bjudas in i syfte att stärka samverkan på lokal nivå kring brukare med hemtjänst och hemsjukvård.

Syfte och mål med samtliga samverkansformer kommer att förtydligas under år 2022.

9 Riskanalys

Samtlig personal på enheten har tillgång till personlarm som ska användas vid hembesök där det kan finnas en risk. Det ingår i introduktionsplanen att medverka vid en provlarmning i syfte att få mer kunskap om både teknik och användningsområde. Provlarmning sker 1g/månad. Rutin finns även upprättad gällande hembesök med risk och är känd av samtliga på enheten. Samtliga medarbetare har signerat och tagit del av enhetens rutin för hembesök.

Riskbedömning ska enligt rutin genomföras inför varje hem och nybesök. Riskbedömningsblankett finns tillgänglig för samtliga i enhetens rutinmanual. Pärn för riskbedömningar tas med vid ärendedragning 1g/månad och revideras då av biståndshandläggare på plats. När en risk inte längre föreligger så har riskbedömningen kasserats. Ny rutin upprättas av kvalitetsråd att spara alla riskbedömningar till årets slut.

Inrapporteringssystemet KIA är känt för enhetens medarbetare, har tagits upp under året på enhetens arbetsplatsträffar. Finns som stående punkt i protokoll för APT.

Trygg förstärkt hemgång upprättar riskanalyser utifrån risker i brukarperspektiv samt risker ur ett arbetsmiljöperspektiv. Utifrån brukarperspektiv uppmärksammas risker som till exempel fallrisk på grund av möblemang, eventuella mattor och trösklar samt kablar och belysning. Utifrån arbetsmiljöperspektiv uppmärksammas risker som missbruk, sanitär olägenhet, eventuella husdjur (Även de som ej uppvisar en aggressivitet), sexuella anspelningar, aggressivt beteende, risker för våld och även vårt behov av hjälpmedel ur ett ergonomiskt perspektiv.

Team Trygg förstärkt hemgång har en undersköterska avslutat sin tjänst pga studier, tjänsten har inte tillsatts och en översyn av grunduppdraget har genomförts under höst 2021. Översynen har visat att det finns ett behov av att tillsätta den tredje undersköterskan utifrån utökade uppdrag i hantering av installation och serviceunderhåll av larm och nyckelfria lås. Trygg förstärkt hemgång har fått tagit ett större ansvar i hantering av larm och lås, vilket periodvis påverkats då TFH haft brukaruppdrag. Riskbedömning av lägre bemanning är uppförd i dialog med medarbetare i Trygg förstärkt hemgång.

9.1 Genomförda riskanalyser

Socialkontorets ledningsgrupp fattade under höst 2021 beslut om två organisationsförändringar inom socialkontoret. Risk och konsekvensanalyser är upprättade.

- Administrationen på socialkontoret övergår till ny enhet, administrativa enheten. Syfte att bättre samordna och kvalitetssäkra de uppdrag som idag ligger på administratörerna på socialkontoret. Administrativa enheten kommer fortsatt jobba på uppdrag för båda avdelningarna, SN och ÄON. Enhetschef för ny enhet blir densamma som för Biståndsenheten.
- Trygg förstärkt Hemgång övergår till Förebyggande enheten med Mirjam Brocknäs som enhetschef. Syfte att samordna uppdrag samt förebyggande arbete inom äldreomsorgen.

En risk och konsekvensanalys är upprättad på enheten utifrån 210917 *Övergång till ett arbetsliv i förändring*, samtliga medarbetare har involverats. På enheten har en arbetsgrupp arbetat med checklista vid distansarbete. Checklistan innehåller frågor om den fysiska, organisatoriska och sociala arbetsmiljön vid distansarbete. Frågorna fokuserar på kontorsarbete som inte utförs i arbetsgivarens egna lokaler. Checklistan kan användas som ett hjälpmedel för ansvarig chef att undersöka arbetsförhållandena för hela arbetsgruppen, verksamheten och företaget när arbetstagarna arbetar på distans.

Covid-19

Under året har tidigare upprättade riskanalyser aktualiserats i verksamheten utifrån den rådande pandemi covid-19. För att minimera risk att bli smittad har samtliga haft tillgång till personlig skyddsutrustning då fysiska möten med brukare har krävts.

En inventering av enhetens kompetens är sedan tidigare upprättad i syfte att skapa underlag för att bemanna andra verksamheter utifrån samhällskritiska yrkeskategorier och lägsta bemanningsnivå.

Alla medarbetare har kontinuerligt informerats om vad som gäller enligt Folkhälsomyndighetens information.

9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Utifrån upprättad riskanalys 210917 *Övergång till ett arbetsliv i förändring* har enheten delvis följt den personalpolitiska inriktningen. Samtliga medarbetare som önskar jobba hemifrån, oavsett omfattning, har skrivit på den överenskommelse som är framtagen av personalavdelningen. Detta har gjorts i syfte att klargöra de förutsättningar som finns för arbete hemifrån. Enheten har resonerat kring att det förekommer olika förutsättningar för att bedriva distansarbete, bland annat utifrån krav på tillgänglighet, arbetsuppgifternas karaktär, IT system och sekretess begränsningar. Enheten har även diskuterat kring att det finns specifika tillfällen eller dagar i veckan som medarbetare måste vara fysiskt på plats.

Identifierade förbättringsområden utifrån följande frågeställningar i checklista distansarbete

- Har arbetstagarna fått tillräcklig information eller utbildning om hur man ska arbeta för att undvika belastningsrelaterade besvär i kroppen? - nej
- Finns det möjlighet att genomföra digitala gåmöten? - ej prövat
- Finns det arbetstagare som har fått värk eller besvär i samband med distansarbete? - ja

Planerade åtgärder för de två ROK som upprättats iom ändring i organisationen

- Administrativa enheten kommer fortsatt jobba på uppdrag för båda avdelningarna, SN och ÄON. Det finns en upprättad ROK som avser administrationen på socialkontoret och deras uppdrag, den påbörjades våren 2021 som är pågående i de åtgärder som då togs fram.
- Trygg förstärkt hemgång övergår till annan verksamhet och den ROK som upprättats har överlämnats till ny enhetschef.

10 Genomförda externa granskningar

Enheten har fortsatt åtgärda de utvecklingsområden som togs fram i den externa granskning som genomfördes år 2020 av BACCMA, Genomlysning av ersättningsavstämning.

10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Identifierade förbättringsområden

1. Uppföljning är på en för detaljerad nivå, ett handhavandefel leder till nekande av ersättning
2. Det finns för många valbara insatser för utförarna vilket leder till lätt handhavandefel

Åtgärder

I Lifecare har insatskategorier och insatser ytterligare förändrats för att förbättra och förenkla inom hemtjänst. Antal biståndsbedömda insatser inom hemtjänst har minskat, 12 insatser har slags ihop till sex.

Följande ändringar av insatser har genomförts:

- Inköp och Ärenden slås samman till insats **Inköp och ärenden**
- Tvätt och Renbäddning slås samman till insats **Tvätt och renbäddning**
- Tillredning av måltider och Måltidsstöd slås samman till insats **Mat och måltidsstöd**
- Tillsynsstäd och Städ slås samman till insats **Städ av bostad**
- Hygien och Toalettbesök innehåller ofta samma moment och slås samman till insats **Stöd med hygien**
- Promenad och social samvaro slås samman till insats **Social aktivitet**

En ny insatskategori som heter Hemtjänst SoL som hanterar samtliga insatser som tidigare funnits under Omsorgsinsatser, Serviceinsatser och Avlösning. Det innebär att det blir ett beslut och en beställning för dessa insatser istället för som tidigare tre beslut och tre beställningar. För utföraren medför detta att planering och registrering av dessa insatser kan göras i samma besök. Trygghetsinsatser och Matlådor kommer att vara kvar som de är.

En fråga som togs upp till diskussion i genomlysningen handlade om hur detaljerat ett biståndsbeslut ska vara och om tidsåtgången för insatserna ska framgå av beslutet. Det finns inga bestämmelser i lag som uttryckligen reglerar detta. Hur detaljerat ett beslut ska vara varierar mellan olika typer av beslut. Sedan vår 2021 framgår endast de beviljade insatserna på beslut som skickas till den enskilde. Frågan om tidsåtgången för insatserna är närmast en verkställighetsfråga och antalet beviljade timmar anges därför inte i biståndsbeslutet.

Brukarens delaktighet och påverkansmöjligheter i beslut och uppdrag.

Det finns sedan förut en förutsagd metod i IBIC att ständigt jobba med brukarens delaktighet och påverkansmöjligheter i mål med insats, det har nu uppmärksamats att med strukturerad dokumentation faller mål med insats bort, viktigt att hitta metod att lyfta mål med insats och arbeta mer med mål och förväntningar.

Det har även lyfts vikten av att hitta fungerande metoder i digitala möten, hur vi fångar upp delaktigheten från brukaren samt informera om process från ansökan till uppdrag.

11 Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden

Samverkan

- Översyn och utvärdering av samverkansformer internt och externt
- Syfte och mål med samtliga samverkansformer kommer att förtydligas under år 2022.

Egenkontroller

- Fortsatt arbetet med likvärdiga uppföljningar av individärenden i form av utvecklade mål för insatserna
- Det saknas motivering till att utredning inletts/ej inletts i förhandsbedömningen
- Att det ska framgå när och hur utredning och beslut har kommunicerats
- Det saknas upprättade genomförandeplaner, hur kan vi jobba på ett annat sätt?
- Handläggare saknar enhetligt arbetssätt i handläggningen, lär upp nya på olika sätt.

Planerade åtgärder utifrån utredning Lex Sarah

- Stärka kompetens på enheten gällande framtidsfullmakt och dess innebörd
- Vi ska alltid säkerställa att både dag och nattutförare får den information som är av vikt i ett ärende
- Aldrig skicka muntliga uppdrag i nya ärenden och ärenden med endast trygghetslarm eller andra insatser i ordinärt boende som inte utförs dagligen, dessa är att beteckna som nya ärenden då det är oklart om utförare någon gång har träffat brukaren
- En journalanteckning ska alltid skrivas av myndighet och skickas till den utförare som tar emot ett muntligt uppdrag

Planerade åtgärder utifrån genomförda granskningar

- Genomlysning av ersättningsavstämning
- Granskning av arbetsmiljö

Hantera identifierade förbättringsområden utifrån checklista distansarbete

- Har arbetstagarna fått tillräcklig information eller utbildning om hur man ska arbeta för att undvika belastningsrelaterade besvär i kroppen? - nej
- Finns det möjlighet att genomföra digitala gåmöten? - ej prövat
- Finns det arbetstagare som har fått värk eller besvär i samband med distansarbete? - ja

Följa upp resultat i enkäter 2021-2022

- Öppna jämförelser hemtjänst och särskilt boende - Enheten saknar metod och arbetssätt med att använda resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling inom äldreomsorgen. Ett utvecklingsområde som det finns planerade åtgärder för under år 2022.
- Vad tycker de äldre om äldreomsorgen - Resultaten från undersökningen

publiceras preliminärt i juni 2022.



Kvalitetsberättelse 2021

Attendo Hagtorp

Kungsängen 2022-03-01

██████████, verksamhetschef

Attendo 

Innehållsförteckning

1	Syfte och mål.....	3
2	Verksamhetsinriktning och ansvar	5
	2.1 Målgrupp	5
	2.2 Uppdrag och ansvar	5
	Ansvarsfördelning.....	5
3	Föregående års identifierade förbättringsområden.....	7
4	Egenkontroll.....	9
	4.1 Genomförda egenkontroller	9
	4.2 Resultat av egenkontroller	9
	4.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	9
5	Brukarundersökning.....	10
	5.1 Genomförda brukarundersökningar	10
	5.2 Resultat av brukarundersökning	10
	5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	10
6	Synpunkter och klagomål.....	12
	6.1 Sammanställning synpunkter.....	13
	6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	13
7	Avvikelsehantering.....	14
	7.1 Avvikelser och förbättringsförslag	14
	7.2 Lex Sarah.....	15
	7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	15
8	Samverkan	17
	8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	18
9	Riskanalys	19
	9.1 Genomförda riskanalyser	19
	9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	19
10	Genomförda externa granskningar	20
	10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	20
11	Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden	21

1 Syfte och mål

Verksamhetsåret 2021 har fortsatt att präglats av den pandemi som utbröt i Sverige i februari 2020. Under året har verksamheten fått fördjupa och intensifiera vissa utvecklingsområden i syfte att lägga all fokus på att förhindra smittspridning inom Attendo Hagtorp. Attendo Hagtorp har följt Folkhälsomyndigheten, Upplands-Bro kommun och Attendo Sverige AB's restriktioner i arbetet att förhindra smittspridning.

Verksamhetschefen på Hagtorp har under 2021 det fulla ledningsansvaret, även det enligt hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80, det beror på att Attendo Hagtorp har under 2021 anställt två nya sjuksköterskor som erbjudits möjlighet att växa in i rollen som omvårdnadsansvarigs sjuksköterska, OAS, primärt. Därav att verksamhetschefen har de fullständiga ledningsuppgifterna.

Under året har sjuksköterskebemanningen varit tryggt och stabilt. De två sjuksköterskorna som anställdes under året 2021 har under året utvecklats till ett stabilt sjukskötersketeam. Verksamheten har också under året kunna anställa stabila sjuksköterskevikarier som kan verksamheten och har möjlighet med kort varsel erbjuda sina tjänster.

Samtliga medarbetare förstår och dokumenterar händelser i Attendo avvikelssystem ADD.

Attendo Hagtorp har en fungerande kvalitetsgrupp bestående av verksamhetschef, kvalitetssamordnare och vid behov OAS sjuksköterska. Gruppen träffas en gång per månad och identifiera risker, gör riskanalyser samt följer upp vidtagna förbättringsåtgärder. Verksamheten gör risk- och händelseanalyser vid allvarliga händelser eller risk för allvarliga händelser. Händelser rapporteras i det elektroniska systemet Attendo ADD och hanteras på verksamhetens kvalitetsmöten och följs upp på varje avdelning som erhåller det skriftliga protokoll som skrivs samt på verksamhetens arbetsplatsmöten, APT, en gång per månad.

Verksamheten arbetar enligt Attendos rutiner och riktlinjer

Under året 2021 har verksamheten genomfört dokumentationsgranskning inom HSL och SoL i dokumentationssystemet Safedoc enligt Attendos rutiner och riktlinjer.

Samtliga medarbetare genomgår årligen livsmedelshygienutbildning. Under året har fokus fortsatt vara på att samtliga medarbetare också genomgår den webbaserad Basal Hygien utbildning

Kunders och närståendes synpunkter/klagomål som har betydelse för kvalitetsutvecklingen har mottagits och hanterats enligt rutin.

Samtliga kunder har en genomförandeplan som följs upp enligt rutin.

Två av avdelningar har BPSD-ombud.

Arbetet för att öka kundnöjdheten är ett ständigt pågående arbete.

Egenkontroll genomfördes under maj 2021 med godkänt resultat 96,2%, där godkänt är 95%.

Socialstyrelsens Brukarundersökning har under året 2021 varit vilande då pandemin omöjliggjorde för enkätundersökningen.

Inom Attendo Sverige har närståendeundersökning genomförts vid två tillfällen under 2021, en gång på våren och en gång på hösten.

Kundundersökning har genomförts inom Attendo Sverige vid tre tillfällen under 2021, en i januari, en i maj och en i oktober.

Under året har tre medarbetareundersökning genomförts inom Attendo Sverige, de genomfördes under maj, september och november 2021.

2 Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Attendo Hagtorp är ett särskilt boende för äldre över 65 år och som drivs på entreprenad i uppdrag av Upplands-Bro kommun. Verksamheten togs över efter annan utförare 2019-05-15. Boendet omfattar 36 lägenheter samt personal- och gemensamhetsutrymmen. Avtalet gäller i tre år, från 2019-05-15 t.o.m. 2022-05-15, med möjlighet till förlängning ytterligare en period om två gånger à två år vardera. Biståndsbeslut ligger till grund för när en brukare flyttar in på Hagtorp.

På boendet finns 36 lägenheter varav 18 lägenheter är avsedd för vård och omsorg för demenssjuka äldre, 9 lägenheter för äldre med omfattande vårdbehov samt 9 lägenheter för växelvård/avlösning eller korttidsvård. På varje avdelning arbetar två medarbetare morgon fram till kl. 14:00/15:00. På eftermiddagen från kl. 15:00/16:00 fram till kl. 20:00 arbetar två medarbetare per avdelning med därefter en medarbetare fram till kl. 21:00/21:15. Det innebär att man under perioden mellan kl. 14:00 och kl.16:00 är totalt 3 personer per plan. Nattetid arbetar det tre medarbetare.

2.2 Uppdrag och ansvar

Ansvarsfördelning

SOSFS 2011:9, 3 kap. 3 §

Verksamhetschef

- Ansvarar för att verksamheten har ett lokalt anpassat kvalitetsledningssystem som bygger på Attendos centrala kvalitetsledningssystem.
- Ansvarar för att planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten och dess processer samt identifiera och aktualisera nödvändig samverkan.
- Ansvarar för att mål för verksamheten formuleras och för att dessa nås.
- Inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten.
- Ansvarar för att avvikelser i form av klagomål samt för verksamheten aktuella och rapporterade risker och händelser utreds.
- Ansvarar för att uppföljning och analys av verksamheten sker, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten och få en utveckling över tid.
- Minst en gång årligen utföra Lokal kontroll/verifiering.
- Dokumentera arbetet i en kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

Kvalitetssamordnare

- Ansvarar för att leda den lokala kvalitetsgruppen samt samordna det löpande kvalitetsarbetet i verksamheten. Kvalitetssamordnaren ska alltid delta i den årliga egenkontrollen

Samordnare/Planeringsledare

- Ersättare vid kvalitetssamordnares frånvaro.

Kvalitetsombud

- På Attendo Hagtorp ska det finnas ett kvalitetsombud per avdelning som ingår i kvalitetsgruppen. De ska ansvara för att informera personal på sin avdelning om vad som framkommit på kvalitetsmöten samt inhämta information från personal från sin avdelning som ska föras fram på kvalitetsmöten. Det arbetet fortgår.

Sjuksköterska

- Arbeta i enlighet med de fastställda processerna och rutinerna.
- Ansvarar för att aktivt arbeta med vidareutveckling av rutiner och metoder samt påtala nya behov av sådana.
- Rapportera risker och avvikelser.
- Rapportera allvarliga händelser enligt rutin
- Följa upp risker och avvikelser som vård- och omsorgspersonal rapporterat som berör legitimerad profession.
- Vara delaktiga vid uppföljning av mål och resultat.
- Vara delaktiga i kvalitetsmöten.

Vård- och omsorgspersonal

- Arbeta i enlighet med de fastställda processerna och rutinerna.
- Aktivt arbeta med vidareutveckling av rutiner och metoder.
- Påtala behov av nya rutiner och metoder.
- Rapportera risker och avvikelser
- Rapportera allvarliga händelser enligt rutin

Kock

- Genomför beställning av livsmedel.
- Deltar i kostutbildningar som anordnas för gruppen.
- Deltar vid kostråd.
- Skriver avvikelse rapport vid problem med maten.
- Vid frånvaro ska kockens uppgifter fördelas till annan personal.
- Ansvarar för att måltidskonceptet God Mat är väl känt.
- Ansvarar för att ny personal introduceras i mat och måltidsrutiner på enheten

Kostombud

- Ansvarar för att anpassa Attendos centrala grundmeny utifrån kundens önskemål.

3 Föregående års identifierade förbättringsområden

De övergripande mål i kvalitetssäkerhetsarbetet för 2021 var:

- att minska antalet fall med 10%

Under året 2021 registrerades 56 antal fall vilket är 1 fall mer än under 2020. Vilket inte motsvarar det uppsatta mål om en minskning med 10% av antalet fall under 2021. En bidragande orsak är att Attendo Hagtorp har fokuserat på att registrera händelser i avvikelssystemet och att man inriktat sig på just fall som den modell för hur man skriver händelser.

- att bli godkänd i HSL-dokumentationen genom utbildningsinsatser, regelbundna granskningar och uppföljningar

Under år 2021 anställdes två nya sjuksköterskor. De har under 2021 fått handledning och utbildning av Attendos MAS i HSL-dokumentation i journalsystemet Safedoc. Vid granskning av HSL-dokumentation under 2021 är den godkänd.

- att registrera samtliga riskbedömningar i Senior Alert för att kunna se mönster kring risker och arbetssätt samt öka engagemanget i teamet genom utbildningsinsatser och aktivt arbete

Under 2021 har samtliga permanent boende genomgått en riskbedömning som har registrerats i Senior Alert. Vid 97% av fallen har man analyserat bakomliggande faktorer som har resulterat i en åtgärdsplan.

- påbörja registrering i BPSD-registret för att öka kvaliteten inom demensvården

Under 2021 har man påbörjat registrering i BPSD-registret, dock har arbetat varit vilande under större delen av året med anledning av den pandemi som rådde under 2021 och att behovet av registreringer inom registret varit låg.

- att samtliga patienter ska ha genomförda och uppdaterade riskbedömningar med eventuella hälsoplaner

Samtliga permanentboende på Attendo Hagtorp har i under 2021 en genomförd riskbedömning med efterföljande hälsoplaner. På korttidsavdelning har riskbedömningar gjorts där man vid överrapportering från sjukvården sett en risk.

- att registrera samtliga dödsfall i Palliativa registret

Samtliga dödsfall har under 2021 registrerats i Palliativa registret

- att samtliga medarbetare har genomgått webbutbildning inom Demens ABC

Under 2021 har arbetet fokuserats på att förhindra smittspridning och kompetensutbildning har därför bedrivits stötvis. Det har medfört att vi inte har nått upp till målet att samtliga medarbetare har genomgått webbutbildningen Demens ABC

- att en läkemedelsgranskning har genomförts

Under året har inte någon läkemedelsgranskning genomförts, även det med anledning av pandemin.

- att samtliga patienter har haft läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska.

Samtliga permanentboende har under året haft en läkemedelsgenomgång med läkare och sjuksköterska

- att natt- och dygnsfastemätning har genomförts 2 gånger under året.

Natt- och dygnsfastemätning har under 2021 genomförts enligt rutin

- att följsamhet av basala hygienrutiner har genomförts 1 gång under året

Följsamhet av basala hygienrutiner har genomförts vid 1 tillfälle under året, i september.

4 Egenkontroll

4.1 Genomförda egenkontroller

I maj 2021 genomfördes Attendo egenkontroll enligt de krav som kvalitetsavdelningen angivit.

4.2 Resultat av egenkontroller

Resultat från egenkontrollen i maj 2021 visade sig vara 96,2 % vilket motsvara godkänt, då gräns för godkänt är 95%.

4.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Utifrån genomförda egenkontroller fann man tre förbättringsområden och de var:

- Ej fullständig journal över kontrollräknade narkotikaklassade läkemedel.

Det har man i dag åtgärdat då sjuksköterskorna följer de rutiner för kontrollräkning av narkotikaklassade läkemedel som verksamheten har.

- Avsaknad av en sammanställd dokumentation som säkerställer att natt-och dygnsfastan inte är längre än elva respektive fyra timmar.

Den är nu åtgärdad genom att natt- och dygnsfasta genomförs enligt rutin.

- Granskningsmall för Livsmedelshantering som ej var i fylld enligt rutin.

Det har nu åtgärdats genom årlig utbildning av livsmedelshantering samt att vissa moment ingår i vårt digitala planeringsinstrument Epsilon.

5 Brukarundersökning

Under 2021 genomförde inte Socialstyrelsen någon nationell brukarundersökning, däremot genomfördes inom Attendo tre(3) brukarundersökningar under året 2021.

Brukarundersökningen vänder sig till de permanentboende på Attendo Hagtorp.

5.1 Genomförda brukarundersökningar

Inom Attendo genomfördes tre brukarundersökningar under 2021, januari, maj och oktober.

Svarsfrekvensen vid undersökningarna var hög under 2021, i snitt 78% svarade.

Undersökningen mäter kundnöjdhet, trivsel, trygghet, bemötande, mat och aktiviteter. I enkäten undersöker man också med närstående om hur de upplever samarbete mellan boendet och närstående.

5.2 Resultat av brukarundersökning

De resultat man kan utläsa av de tre brukarundersökningar under året 2021 är att:

- 82 % uppger att man sammantaget är nöjd med sitt boende
- 90% uppger att man trivs med sitt boende
- 90% uppger att man känner sig trygg med sitt boende
- 75% anser sig väl bemötta av personalen
- 95% uppger att det är lätt att få kontakt med personalen
- 72 % uppger att man tycker att maten smakar bra
- 59% uppger att man är nöjd med de aktiviteter som erbjuds på boendet
- Samtliga kunder, 100%, upplever att samarbetet mellan boendet och deras anhöriga fungerar bra.

5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Resultatet redovisas för kunderna, anhöriga och anställda.

Kunderna och anhöriga får redovisningen genom veckobrev. Anhöriga fick även en redovisning av brukarundersökningen i maj på det digitala anhörigmötet som hölls under månaden.

Brukarundersökningen som skedde i oktober redovisades i veckobrev samt under det anhörigmötet som hölls under hösten.

För medarbetare redovisas enkäten i samband med APT.

De förbättringsområden som Attendo Hagtorp har kunnat identifiera var framför allt utbudet av aktiviteter. För att förbättra det området gjordes förändringar i organisationen och en tydligare aktivitetssamordnare utsågs under hösten 2021 som fick ansvar för utformning av aktivitetsschema och aktiviteter. Ett flertal individuella aktivitetsschema upprättades som planerades in i det digitala planeringsinstrument Epsilon.

Vidare kunde man identifiera förbättringar inom mat och matmiljö. Det arbetet är påbörjat med att systematiskt följa upp matmiljön med måltidsobservationer. Maten och menyerna följer kostansvarig upp varje vecka med kunder och medarbetare. En återkoppling sker också till

Attendos centrala kostenhet som består av kock och dietist i syfte att förmedla vad Attendo Hagtorps kunder tycker om maten.

På Attendo Hagtorp har vi också en sk restaurangkväll där vår kock, i samarbete med kunder och medarbetare, presenterar en tre rätters meny som serveras med valfri dryck.

6 Synpunkter och klagomål

Inom Attendos kvalitetsledningssystem under processområde ”Systematiskt och fortlöpande säkra och utveckla verksamheten” finns rutin för synpunkter och klagomål.

Syftet med den är att den vård och omsorg Attendo ger ska präglas av trygghet för den enskilde och dess närstående. En del av tryggheten består i att ha vetskap om vart jag som enskild/närstående vänder mig när jag inte är nöjd. Synpunkter och klagomål från kunder i verksamheten och närstående ska därför ses som en förutsättning till förändring och utveckling för verksamheten. För att synpunkter och klagomål ska tas emot på rätt sätt är det viktigt att varje medarbetare vet sitt ansvar och känner till hur synpunkter och klagomål ska hanteras. Alla Attendos medarbetare ska uppträda och uppfattas som professionella, därför ska ansvarig chef ge stöd och hjälp i dessa situationer.

Målsättningen är att alla synpunkter som berör Attendos ansvar ska lösas inom organisationen. Det är därför viktigt att regelbundet informera kunder och närstående om vilka möjligheter som finns att framföra synpunkter eller klagomål. Informationen sker via veckobrev och samband med närståendemöten, en postlåda för att lämna synpunkter/klagomål finns i entrén där också upptryckta blanketter ”Vi vill bli bättre” kan hämtas.

Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att:

- Informera regionchef, kvalitetsutvecklare och berörda på kommunen
- Utredda och hantera synpunkter och klagomål i verksamheten.
- Vidta aktuella åtgärder utifrån synpunkternas innehåll och dignitet.
- Följa upp resultatet av åtgärderna och dokumentera.
- Återkoppla till den som har lämnat synpunkt/klagomål. Återkoppling ska ske inom 48 timmar.
- Om synpunkt/klagomålet kvarstår eller om vederbörande inte är nöjd med åtgärderna är det viktigt att ytterligare åtgärder diskuteras med den klagande och att man tillsammans kommer överens om hur vi ska gå vidare och när ärendet ska följas upp.
- Årligen sammanställa och analysera inkomna synpunkter och klagomål.
- Rapportera synpunkten samt vidtagna åtgärder till medarbetare.
- ansvarar för att synpunkter/klagomål följs upp

Medarbetarna ansvarar för att:

- Rapportera alla synpunkter och klagomål de får till sig, både muntliga och skriftliga till verksamhetschef.
- Lägga in synpunkterna i Attendos kvalitetssystem Add.
- Delta i förbättringsarbetet.

Alla synpunkter/klagomål ska dokumenteras skriftligt:

- Vidta åtgärder för förbättring/förändring/utveckling
- Följa upp resultatet av åtgärderna

- Dokumentera dessa

6.1 Sammanställning synpunkter

Verksamhetschefen gör årligen en sammanställning och analys av inkomna synpunkter/klagomål. Analys och åtgärder dokumenteras i verksamhetens kvalitetsberättelse. En åtgärdsplan ska finnas där analysen visar på brister i verksamheten. Åtgärderna ska vara relevanta för att komma tillrätta med de identifierade bristerna.

Under 2021 har Attendo Hagtorp tagit emot nio (9) synpunkter/klagomål

Vid fem tillfällen har brister i procedurer, rutiner och riktlinjer förekommit. Vidare kan man se att vid tre tillfällen har brister i kommunikation och information skett. Vid ett tillfälle finns det brister i utbildning och kompetens.

Den övergripande analysen under år 2021 har varit ett år som präglats av försiktighet med fokus på pandemin. Året har även innefattat nya medarbetare som satt sig in i rutiner och riktlinjer, allt sitter inte på plats. Det man kan utläsa att trots en rådande pandemi och nya medarbetare har ingen allvarlig vård skada kunnat konstaterats utan händelser har skett och organisationen har moget tagit in och lärt av händelsen.

6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Det man kan utläsa av synpunkterna/klagomålen är främst brister i procedurer, rutiner och riktlinjer och efter att utredningar har skett och avslutats har de rutiner och riktlinjer som verksamheten har förankrats på APT samt sjuksköterskemöten. Vidare har nya rutiner skrivits i samverkan med biståndsenheten i Upplands-Bro kommun.

Arbetet med att preventivt förhindra att allvarliga händelser uppkommer anslås månadens kvalitetsprotokoll med åtgärder i samtliga avdelningars personalrum. Protokollet ska läsas igenom och signeras och följs upp av Attendo Hagtorps kvalitetsombud. Vidare finns en stående punkt på de månatliga APT agenda ”Kvalitet och händelser under månaden”. Under den punkten tas månadens också händelserna upp och man går igenom berörd rutin, riktlinje som ev kan behövas justeras. Kvalitetsledningssystemet är ett levande dokumentet.

Brister i kommunikation och information har skett vid tre tillfällen. Händelserna har analyserats och det är framförallt mellan Attendo Hagtorp och biståndsenheten Upplands-Bro kommun där brister har kunnat påtalats så att allvarlig händelse måste utredas. Den åtgärd som man numera infört är att Attendo Hagtorp och biståndsenheten har regelbundna möten där man lyfter bland annat kommunikation, information och förväntningar på boendet och i synnerhet på korttidsverksamheten. En rutin som är levande med dynamiska och framåtskridande diskussioner.

Vid det tillfället där brister i utbildning och kompetens har verksamheten tagit ansvar för fortbildning av berörd personalgrupp på såväl ledningsnivå som gruppnivå och individnivå. Resultatet av den händelsen har bidragit till en allmän kompetenshöjning inom området för hela verksamheten.

7 Avvikelsehantering

Genom att inhämta statistik från vårt lokala kvalitetsarbete med händelserapporter kan vi identifiera de olika avvikelserna under året.

För varje uppkommen avvikelse i vårt händelsesystem görs en utredning. Ansvarig för att utredningar startas är verksamhetschef. Utredningen leder till att man vidtar åtgärder för att uppkomna situation inte ska ske igen. Genom att följa upp åtgärderna inom verksamhetens kvalitetsmöten och på arbetsplatsträffar, APT, sker ett ständigt lärande i organisationen.

Under året har vi haft en lärandeprocess hur vi ska hantera uppkomna avvikelser då kvalitetsgruppen har bestått av verksamhetschef, kvalitetssamordnare och vid behov sjuksköterska. Attendo Hagtorp har en regelbundenhet i kvalitetsmöten som sker första måndagen i månaden. Avstämning kvartalsvis har inte skett utan året har använts till att få en regelbundenhet i kvalitetsmöten. Uppföljning har skett vid APT för information och dialog om de avvikelser som har skett under förgående månad.

7.1 Avvikelser och förbättringsförslag

Under förgående år 2021 har 175 händelser skett inom följande områden:

Område	Antal
Läkemedel	36
Fall	56
Omvårdnad	33
Hot & Våld	12
Information	9
Kost & mathantering	4
Synpunkter	5
Larm	8
Utmanade beteende	2
Övrigt	10

Inom de större områden för avvikelser har följande förbättringsprojekt genomförts under föregående år:

- Läkemedel. Under året är det framförallt att man glömt att administrera ordinerade läkemedel eller administrerat läkemedel vid fel tidpunkt. För att åtgärda detta har en tydlig planering införts i vårt digitala planeringsinstrument när insatsen ska ske. Signering av administrering av läkemedel sker manuellt. Ett arbete med spårbara läkemedelsskåp inleddes under 2021.

- Fall. Arbetet med att säkerställa att samtliga medarbetare arbetar enligt Fallrutin. Under året har fallrutinen varit den rutin som varit som förbild hur man skriver händelser i vårt avvikelssystem.
- Omvårdnad. I ett led att säkerställa den omvårdnad som beskrivs i genomförandeplan genomförde Attendo Hagtorp i september 2020 Epsilon, ett digitalt planeringsinstrument för bland annat omvårdnad. Utvärdering och fördjupning av arbetet pågick under hela 2021 och kommer att fortsätta under 2022. Vi kan dock konstatera att man nu är tydligare i att följa och utföra den omvårdnad som planeras. I de fall avvikelser sker mot genomförandeplan dokumenteras det samt en avvikelse skrivs. Vårt planeringsverktyg har bidragit till följsamhet och till dokumentation av de avvikelser som funnits vid omvårdnad. I planeringsinstrumentet finns stöd för hur insatsen önskas utföras vilket också har visat sig underlätta för dokumentation av avvikelser.
- Hot och Våld. Under året 2021 har vi kunnat konstatera att flera av våra kunder har försämrats i sitt mående och det har under perioder gett uttryck för hot och våld mellan kunder, men även hot och våld, kund-medarbetare. De åtgärder som våldtagits är att erbjuda BPSD-utredningar med en efterföljande åtgärdsplan samt stöd vid bemötande kund-medarbetare.

7.2 Lex Sarah

Under 2021 har tre stycken utredningarna upprättas utifrån risk för vårdskada.

De tre utredningarna har berört kunder som befunnit sig på vår korttidsavdelning och berört området:

- Avsaknad av rutin för vaccinering mot Covid-19 för korttidspatienter. Rutin nu införd för vaccinering av korttidsboende.
- Brister i kommunikation och överrapportering mellan korttidsavdelningen och behandlande Vårdcentral när kund kommer för växelvård. Rutin nu införd och en tydlig ansvarsfördelning finns för kommunikation.
- Riskbedömning för trycksår. Tidigare rutin har följts men den är nu anpassad utifrån de korta tider vårdtider kunder vistas på korttidsavdelningen.

Under året har ingen av händelserna lett till någon anmälan till IVO

7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Utifrån de identifierade händelserna har ny rutin för vaccinering av korttids kunder arbetas fram. Vilket innebär att ansvarig Vårdcentral nu ansvara för vaccinering av kunder när de återvänder hem.

Rutinen för överrapportering vid växelvård har uppdaterats samt det medicinska ansvaret har förtydligats i samband med att växelvårdskunder vistas på Attendo Hagtorp. En växelvårdskunds medicinska ansvar ligger alltid på kundens Vårdcentral.

Rutinen för riskbedömningar för korttidskunder har reviderats och riskbedömning görs omedelbart i samband med inskrivning och mottagande. Rutinen säger att en riskbedömning ska göras inom 14 dagar. Den har nu reviderats till skyndsamt.

8 Samverkan

På Attendo Hagtorp förekommer det olika typer av möten. De följer en viss ordning under årets lopp för att skapa en röd tråd i verksamheten.

Löpande varje morgon, måndag till fredag, håller Attendo Hagtorp ett kort morgonmöte mellan 08:00 – 08:15 med en representant per avdelning, verksamhetschef, samordnare och sjuksköterska.

Ledningsgruppsmöte sker en gång per månad. I ledningsgruppen ingår verksamhetschef sjuksköterskor, samordnare, fysioterapeut och arbetsterapeut. Med samma frekvens sker sjuksköterskemöte, alltså en gång per månad, då HSL-frågor behandlas. Vid två gånger per termin deltar Attendo MAS

En gång per termin inbjuds till närståendemöten för de permanentboende på Attendo Hagtorp. Under året 2021 har två närståendemöten genomförts, det ena via teams med anledning av COVID-19. Höstens möte kunde genomföras enligt planering, dock fick ett maxantal per möte införas i syfte att kunna förhålla oss till givna restriktioner.

Verksamhetschefens veckobrev har en given plattform för samverkan och dialog i en digital form varje vecka.

Vid sex tillfällen under året har verksamheten samverkat med representanter från Upplands-Bro kommun. Under året 2021 har dessa skett digitalt med anledning av COVID-19. Under början av året skedde verksamhetsuppföljning vid två tillfällen tätt efter varandra, januari och februari. Därefter har en organisationsförändring skett inom Upplands-Bro kommun vilket har medfört att samverkan i dag sker med samtliga verksamheter och utförare inom SÄBO. Ett möte som kvalitetsutvecklare i kommunen kallar till.

Attendo Hagtorp har tagit initiativet till månatlig samverkan med biståndsenheten i syfte att utveckla gemensamma rutiner och riktlinjer för framförallt korttids verksamheten. Vid de mötena deltar Samordnare för biståndsenheten samt samtliga biståndshandläggare, från Attendo Hagtorp deltar verksamhetschef och sjuksköterskor vid behov.

Vidare sker samverkan med samtliga privat utförare under ledning av biståndsenheten och kvalitetsutvecklare Upplands-Bro kommun i de skeden när COVID-19 har haft stor smittspridning. En nyckelperson på de möten är Upplands-Bro kommuns MAS som bidrar med nya information.

Samverkan sker med Flexident för planering av besök rörande tandvård.

Verksamheten deltar i samverkan med Upplands-Bro kommuns vuxenutbildning.

Verksamheten samverkar med olika trossamfund och grundskolan i närområdet. De kommer regelbundet till verksamheten för att möta brukare, under året har det fått ske under mycket restriktiva former. Det med anledning av den pandemi vi har upplevt under 2021 Attendo Hagtorp.

Verksamheten har nu återupptagit sin samverkan med en rad vuxen- och gymnasieutbildningar och tar nu åter emot vaccinerade elever under utbildning allt enligt direktiv från Upplands-Bro kommun i syfte att förhindra smittspridning av COVID-19.

Samverkan sker med hjälpmedelscentral Sodexo genom konsultation, utbildning och förskrivning, det är framförallt rehabiliteringspersonal som har den samverkan.

Attendo Hagtorp erbjuder medicinsk fotvård en gång per månad till kunder med en diabetesdiagnos. Samverkan sker med medicinsk fotvårdare enligt Region Stockholm direktiv. Övriga kunder på Attendo Hagtorp erbjuds fotvård till självkostnadspris av samma utförare.

Samverkan sker i dag utifrån behov med övriga verksamheter i Upplands-Bro kommun.

8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Det tydliga förbättringsområdet för samverkan som har identifierats är med biståndsenheten.

Den plan som ligger är att bibehålla våra månatliga möten och arbete vidare med de frågor som är aktuella. Utifrån vårt arbete tillsammans skapar vi ett levande dokument och ett tryggt och säkert övertagande mellan sjukvården eller hemmet och korttiden eller för ett permanent boende på Attendo Hagtorp.

9 Riskanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Varje månad sammankallar kvalitetssamordnaren till kvalitetsmöte. Under kvalitets mötet förs dialog om risker, både ur verksamhetsnivå, organisatorisk nivå, medarbetar eller brukarperspektiv.

Riskbedömningar görs kontinuerligt och regelbundet i verksamheten ur olika perspektiv. Detta för att minska risker för händelser.

Kvartalsvis inlämnas de riskanalyser som genomförts i verksamheten till Attendos kvalitetsavdelning.

9.1 Genomförda riskanalyser

Under 2021 har fyra riskanalyser skett på organisationsnivå enligt riktlinjer från Attendo.

De tre av dem har berört den pandemi som vi är inne i, den fjärde har berört egenvård i sambanden med läkemedelshantering som sköts av kunde själv. Utifrån den har det identifierats risker vid vaccinering av korttidsboende, riskanalys vid avsaknad av sours control samt öppnade av boende och ovaccinerade elever/studententer.

En riskanalys upprättas alltid i samband med att en kund flyttar in på Attendo Hagtorp, en riskanalys på individnivå. Riskanalys på individnivå registreras i Senior Alert och utifrån den görs ett åtgärdsprogram.

9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Med anledning av de riskanalyser som genomförts har Attendo Hagtorp vidtagit följande åtgärder:

- Vaccinationer av korttidsboende utförs ej
- Skyddsutrustning SKA användas under hela arbetspasset, under perioder har munskydd och visir används. Vid akutsmita ska andningsskydd enligt arbetsmiljöverket användas tillsammans med visir. Besökare erbjuds munskydd, möjlighet att tvätta och sprita händer för det besök som ska ske i den boendes lägenhet.
- Möjlighet att erbjuda vaccinerade elever/studententer praktikplats på Attendo Hagtorp
- Rutin för egenvård och läkemedelshantering av kunden själva har uppdaterats och tydligt förankrats i organisationen.

Uppföljning sker kontinuerligt

10 Genomförda externa granskningar

År 2021 har präglats av pandemin då under 2021 har en sk OVK genomförts utan anmärkning

10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Se ovan

11 Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden

Övergripande mål i kvalitetssäkerhetsarbetet för 2022 är:

- att minska antalet fall och läkemedelhändelser med 10%
- att ett team för fallprevention inrättas
- att bli godkänd i vid egenkontroll
- att fortsätta registrera samtliga riskbedömningar i Senior Alert för att kunna se mönster kring risker och arbetssätt samt öka engagemanget i teamet genom utbildningsinsatser och aktivt arbete
- att fortsätta registrering i BPSD-registret för att öka kvaliteten inom demensvården
- att fortsätta att registrera samtliga dödsfall i Palliativa registret
- att samtliga boende erhåller ett brytsamtal med läkare
- att samtliga medarbetare har genomgått webbutbildning inom Demens ABC
- att samtliga medarbetare har genomgått certifierad kontaktmanskapsutbildning
- att öka HSL-kompetens på Attendo Hagtorp
- att öka anställda med USK kompetens med 10%
- att en läkemedelsgranskning har genomförts
- att samtliga permenet bonde har erhållit en årlig läkemedelsgranskning
- att följsamhet av basala hygienrutiner har genomförts 4 gånger under året
- att intensivifiera aktivitetsutbudet med att inför sk ”Dammiddagar och Herrklubbar”
- att under året ha återkommande musikprogram tillsammans med finska föreningen i Upplands-Bro kommun.
- ett aktivitetschema under året är återkommande efter önskemål från kunderna.



Kvalitetsberättelse 2021

Humana Lillsjöbadväg



Innehållsförteckning

1	Syfte och mål.....	3
2	Verksamhetsinriktning och ansvar	4
2.1	Målgrupp	4
2.2	Uppdrag och ansvar	4
3	Föregående års identifierade förbättringsområden.....	6
4	Egenkontroll.....	7
4.1	Genomförda egenkontroller.....	7
4.2	Resultat av egenkontroller	7
4.3	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	7
4.4	Genomförda brukarundersökningar.....	8
4.5	Resultat av brukarundersökning	8
4.6	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	8
5	Synpunkter och klagomål.....	9
5.1	Sammanställning synpunkter.....	9
5.2	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	9
6	Avvikelsehantering.....	10
6.1	Avvikelser och förbättringsförslag	10
6.2	Lex Sarah.....	10
6.3	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	10
7	Samverkan	12
7.1	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	12
8	Risکاناليس	13
8.1	Genomförda riskanalyser.....	13
8.2	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	13
9	Genomförda externa granskningar	14
9.1	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	14
10	Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden	16

1 Syfte och mål

En kvalitetsberättelse ska beskriva hur verksamhetens kvalitetsarbete för föregående år har bedrivits. Den ska ge svar på vilka resultat som har uppnåtts inom verksamhetens kvalitetsarbete samt vilka åtgärder som är vidtagna för att säkra kvaliteten.

Kvalitetsberättelsen ska vara till nytta för verksamheten själv. Där ska såväl medarbetare som verksamhetsansvariga kunna identifiera förbättringsområden och med detta lägga en plan för kommande arbete, med de prioriteringar som är mest angelägna att göra.

2 Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Lillsjö Badväg drivs i egen regi av Humana Omsorg AB. Verksamheten ligger i Upplands-Bro kommun, centralt i Kungsängen. Verksamheten vänder sig till äldre personer med behov av särskilt stöd och äldre med demenssjukdom. Verksamheten kan ta emot personer som är 60 år och uppåt. Boendet består av 80 lägenheter. Det finns 50 demensplatser och 30 somatikplatser.

2.2 Uppdrag och ansvar

Lillsjö Badväg leds av en verksamhetschef. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose boendes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet, samt att verksamheten bedrivs enligt avtal, företagets kvalitetsledningssystem samt gällande lagstiftning och föreskrifter. Verksamhetschefen har tillsammans med biträdande verksamhetschef ansvaret för planeringar och uppföljningar för verksamhetens utveckling och att de rutiner och riktlinjer som Humana fastställer är väl kända i verksamheten. En av sjuksköterskorna har även uppdraget som HSL-ansvarig.

Gruppledare ansvarar för den löpande personalplaneringen såsom sjukfrånvaro och semesterplanering. I ansvaret ingår att hantera Medvind som är ett schema- och tidsrapporteringsprogram. Det ingår även uppföljning av rutiner, journal och genomförandeplan.

På Lillsjö Badväg finns 4 sjuksköterskor. Varje sjuksköterska är omvårdnadsansvarig för 20 patienter. Sjuksköterskans ansvar är att bedöma patientens hälsotillstånd, fastställa omvårdnadsdiagnoser, planera omvårdnaden och utvärdera patientens hälsotillstånd utifrån fastställda mål. Joursjuksköterska finns att tillgå alla dagar från kl. 16-07 samt helg- och röda dagar. Verksamheten har tillgång till läkarinsatser som tillgodoses genom Familjeläkarna, dygnet runt och i samråd med sjuksköterska. Läkaren har planerade besök /ronddagar på verksamheten två gånger i veckan.

Arbets terapeut och sjukgymnast genomför bedömningar för att utreda behov samt sätta upp mål och åtgärder för behandling tillsammans med patient och omvårdnadspersonal. Genom observationer, undersökningar och mätmetoder utreds patienten aktivitetsförmåga avseende ADL. De utför även bedömningar av specifika produkter och hjälpmedel, ordinerar träningar och dokumenterar omvårdnadsprocessen.

Omvårdnadspersonalen utför sina uppgifter enligt rutiner och insatser enligt biståndsbeslut och genomförandeplan. I ansvaret ingår att dokumentera enligt SoL och kontaktmannaskap. I ansvaret ingår också att kunna motta delegering och rapportera till legitimerad personal. Omvårdnadspersonal har även ansvarsområden såsom kostombud, aktivitetsombud, inkontinensombud, brandombud, hygienombud/miljöombud, dokumentationsstödjare, värdegrundsledare, larmansvarig och kvalitetsombud. Genom dessa ges det möjlighet till inflytande och att påverka.

I verksamheten arbetar vi med verksamhetsutveckling genom olika råd såsom kostråd, kvalitetsråd och aktivitetsråd samt boenderåd. I boenderådet diskuterar boende sina synpunkter, förslag och önskemål som bidrar till verksamhetsutveckling.

Ledningssystemet Parus (Process, Aktivitet, Rutin, Uppföljning, Samverkan) är uppbyggt utifrån SOSFS 2011:9. Parus beskriver vår lednings- och kärnprocess samt våra stödprocesser. Varje process har ansvarig processägare. Samtliga processer mäts och övervakas regelbundet genom olika rapporter för att kunna fungera optimalt och följer processmetodiken "Plan, Do, Check, Act".

I det dagliga arbetet fungerar Parus som ett redskap, en konkret handbok. Genom sin tydliga uppbyggnad, med grund i den praktiska verksamheten, är det lätt för personalen att orientera sig i ledningssystemet och hitta rutiner, tillhörande dokument eller den uppföljning som de söker.

I Parus läggs verksamhetens lokala instruktioner fortlöpande in. Systemet ger genom sin uppbyggnad verksamheten stöd i arbetet. Resultat av egenkontroller och internkontroller läggs in i systemet och visar på ett enkelt sätt när handlingsplaner behöver upprättas.

3 Föregående års identifierade förbättringsområden

Förra årets förbättringsbehov bestod av att utveckla ansvarsområden såsom brandombud, värdegrundshandledare, inkontinensombud och aktivitetsombud.

Under året 2021 har utbildning och utveckling skett inom dessa olika ansvarsområden.

På APT är en av punkterna att gå igenom ansvarsområdena. Specifika möten genomförs också för de olika ansvarsområdena. Aktiviteter inom detta är ett kontinuerligt pågående arbete för att bland annat bibehålla kompetensen.

4 Egenkontroll

Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem, Parus.

Inom Humana Omsorg har vi dels egenkontroll som utförs av verksamheten/lokalt, dels egenkontroll som utförs av kvalitetsavdelningen/centralt. Den egenkontroll som utförs centralt benämns internkontroll.

Kontroller utförs både som internkontroll från kvalitetsavdelningen och som egenkontroller i verksamheten vilka följer årshjulet i ledningssystemet Parus.

Legitimerad personal och omvårdnadspersonal är delaktiga i egenkontrollen tillsammans med verksamhetschef/biträdande verksamhetschef. Egenkontrollen består i ett antal frågor som ska besvaras med God kvalitet, Avvikelse eller Förbättringsområde.

Inga internkontroller genomfördes under 2021 på grund av pandemin.

Inga andra externa kontroller har utförts under 2021.

4.1 Genomförda egenkontroller

Basala hygienrutiner och arbetskläder, måltidsmiljö, livsmedelskontroll, brandutbildning och skyddsron.

4.2 Resultat av egenkontroller

Över lag visade resultaten godkänt vid egenkontrollerna. Vissa delmoment behöver och har förbättrats efter kontrollen.

4.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Efter genomförda egenkontroller beskrivs nedan förbättringsområden som identifierats samt genomförda och planerade åtgärder.

- I basala hygienrutiner och kläder identifierades att enstaka personal hade långa målade naglar, klocka eller ring.
 - Åtgärd: Påminna om vikten av hygienrutin, utbildning via Humanas lärportal i basala hygienrutiner.
- I måltidsmiljön identifierades störande ljud från radio, igångsatt diskmaskin och avsaknad av att personalen satt med de boende under matsituationen.
 - Åtgärd: Följa Humans rutin kring måltidsmiljön samt att detta diskuteras återkommande vid möten. Informationsblad om måltidsmiljö är utlämnat till varje avdelning.
- I livsmedelshygien identifierades hygienbrister vid mathantering.
 - Åtgärd: Signeringslistor/tempkontroll följs upp genom att kostombuden lämnar signeringslistor till biträdande verksamhetschef varannan vecka. Utbildning i livsmedelshygien (film) har påbörjats under hösten i Humana lärportal. Under våren 2022 genomförs ytterligare utbildning i livsmedelshygien.

- I brandutbildning identifierades att det behövdes fler brandombud samt utbildning för dessa ombud.
 - Åtgärd: Tillsätta fler brandombud under 2022 samt att utbilda dessa. Brandövning planeras att genomföras under 2022.

- I skydds rond identifierades brist på skohyllor i personalens omklädningsrum,
 - Åtgärd: Skohyllor är inköpta.

4.4 Genomförda brukarundersökningar

Brukarundersökning från Socialstyrelsen försköts till 2022 på grund av Covid-19. Lillsjö Badväg har inte utfört någon egen brukarundersökning.

4.5 Resultat av brukarundersökning

4.6 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

5 Synpunkter och klagomål

Avtal och avtalsuppföljning med Upplands-Bro kommun visar på att verksamheten uppfyller synpunkt- och klagomålshantering.

Vid introduktionen och på APT säkerställs rutiner och hantering för synpunkter och klagomål i verksamheten.

Vid entrén finns en postlåda med blanketter och instruktion för synpunkt- och klagomålshantering. Anhöriga och boende har fått information om, via Lillsjö badvägs inflyttningsmapp och genom anhörig/kund brev, att man kan lämna synpunkt/klagomål samt var postlådan finns lokalt. Verksamhetschefen kontrollerar postlådan 1 gång per vecka. Lokal rutin finns tillgänglig för all personal i kvalitetssystemet Parus.

5.1 Sammanställning synpunkter

Det har inkommit ca 10 klagomål både muntligt och skriftligt. Synpunkterna har handlat om kläder som har krympt eller kommit bort, glasögon som är borttappade, städning av boendes lägenhet, bemötande och brist på aktiviteter.

5.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Synpunkterna har synliggjort att vi behöver uppdatera oss i rutiner, följa upp dessa kontinuerligt och säkerställa att alla som arbetar på Lillsjö Badväg har kunskap om rutiner utifrån vårt kvalitetsledningssystem Parus.

Vi har ersatt boendes kläder som har krympt och glasögon som kommit bort. Vi har sett över rutin för städning så att det syns tydligt i den dagliga planeringen vilka lägenheter som ska städas. Vi diskuterar tillsammans med personal om bemötande och vi kommer att arbeta mer med våra rutiner kring uppförandekod och våra värderingar 2022.

Pandemin har påverkat verksamhetens aktiviteter och då främst gruppaktiviteter såsom bingo, filmvisning, sittgympa. Dessa har utförts i möjligaste mån avdelningsvis. Bland annat har synpunkter på aktiviteter bidragit till att även helgens aktiviteter nu finns på digitala skärmarna. Sedan tidigare finns aktiviteterna på skärmarna måndag till och med fredag. Aktivitetsanalyser ska påbörjas under 2022 för att kartlägga boendes önskemål och behov av aktiviteter.

Ett förbättringsområde i genomförandeplanen är egen tid för utevistelse. För att säkerställa egen tid för utevistelse kommer uppföljning i journalen göras av gruppleddare/biträdande verksamhetschef 1 gång per månad. Signeringslista som visar att utevistelse har erbjudits är upprättad. Signeringslistan följs upp 1 gång per månad av arbetsterapeut och sjukgymnast som har aktivitetsansvar. Återkoppling samt uppföljning ska ske regelbundet vid aktivitetsmöten av AT/SG.

6 Avvikelsehantering

Varje medarbetare har en personlig inloggning till DF respons som är ett webbaserat system för att rapportera avvikelser, synpunkter, klagomål och förbättringsförslag,

Alla avvikelser som uppstår i verksamheten rapporteras i avvikelssystemet DF Respons elektroniskt. Den som upptäcker avvikelsen är skyldig att rapportera. I avvikelssystemet kan man välja utredare beroende på om det gäller läkemedel, fall eller något annat. Alla avvikelser går till verksamhetschef oavsett vilken utredare man väljer. Utredaren vidtar direkta åtgärder och avslutar händelsen om den är åtgärdad och klar. Vid kvalitetsrådet tittar vi mer övergripande på alla avvikelser som kommit in under kvartalet och ser över verksamhetsövergripande rutiner. Allvarliga händelser (Lex Sarah och Lex Maria) rapporteras enligt rutin och gällande avtal

6.1 Avvikelser och förbättringsförslag

Typ av händelse

Typ	Antal	Fördelning
Fall	160	54,2%
Läkemedelshantering	93	31,5%
Utförande, omsorg, behandling, stöd	16	5,4%
Annan	11	3,7%
Medicinteknik och hjälpmedel	9	3,1%
Hot, våld och trakasserier	3	1,0%
Miljö/Hållbarhet	2	0,7%
Information, kommunikation, samverkan	1	0,3%
Totalt	295	100,0%

Vi arbetar med att säkerställa läkemedelshantering genom dialog, förbättrade rutiner och planering. När det gäller fall arbetar vi förebyggande med Senior Alert där vi gör riskbedömningar och sätter in åtgärder samt följer upp. I samarbete med läkare kommer vi att ha möten som i ett led att förbygga fall samt sätta in och utvärdera åtgärder efter fall.

6.2 Lex Sarah

Två Lex Sarah rapporter har upprättats under 2021.

1. Lex Sarah redogjorde för att ett plan/avdelning lämnas obemannad 16/12 2020 0715-08.45. Personalen som var i tjänst lämnade avdelningen utan att överrapportera till planansvarig när den personal som skulle ta över inte infann sig på arbetet. Rapporten är ej skickad till IVO.
2. Lex Sarah redogjorde för brister i omsorg. Läkemedel ges på ett felaktigt sätt, övergrepp eller kränkning av annat slag. Rapport ej skickad till IVO.

6.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

1. Gruppledaren börjar alltid klockan 07.00 och hen stämmer av att all personal är på plats i verksamheten. Biträdande verksamhetschef går in och säkrar upp att alla är på plats, genom TES-appen, där man ser vem som arbetar och har

kommit till arbetet.

2. Bemötandeplan upprättades efter möte med BPSD-teamet.Handledning i omvårdnadsarbetet runt kunden har utförts av sjuksköterska. Personalen har fått möjlighet till reflektion över det inträffade via samtal vid morgonrapporteringen och på teammöten. Utbildning och genomgång av skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder är ett identifierat förbättringsområde som behövs kontinuerligt för alla anställda, både ordinarie och vikarier. I Humanas lärportal finns en länk till demenscentrum för att genomföra utbildning Nollvision – en demensvård utan tvång och begränsningar. Denna utbildning ska all personal göra under 2022. Genom bemötandeplanen följs åtgärderna upp och utvärderas.

7 Samverkan

Som en del i kvalitetsarbetet ingår identifiering av de områden där samverkan behövs för god omvårdnad. För att vi ska kunna tillgodose den äldre personens olika behov är samverkan med den äldre personen, dennes anhöriga, närstående och externa aktörer av största betydelse. Liksom samverkan mellan vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten.

Samverkan sker internt och externt. På Lillsjö Badväg arbetar vi utifrån flera olika LOV-avtal. Utifrån beställares krav deltar verksamheten på samverkansmöten för att skapa en öppen dialog och ett gott samarbete.

Under 2021 har verksamheten haft ett samarbete med Svenska Kyrkan och närliggande förskola Kristallen. Externa aktörer som Lillsjö Badväg har samarbete med är Fot och Hälsa gruppen (fotvård), Flexident (Munhälsobedömningar) och Oral Care (Mobil tandvård), Familjeläkarna (läkarbemannning), Accresco (Mobila sjukskötersketeamet) och frisör.

Samverkansmöten mellan privata utförare och kommun utförs regelbundet. Under pandemin har mötena utförts digitalt.

Vi har även haft samarbete med Lillsjöskolan, kulturskolans elever.

Samverkan har påverkats under året på grund av covid-19.

7.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Sedan start har det funnits en plan att tillsammans med Upplands Bro kommun starta upp Café Lillsjöbadväg, med dagliga verksamheten i kommunen. Detta fick tyvärr även under 2021 skjutas på framtiden pga. av corona. Vi hoppas på att kunna påbörja detta samarbete under 2022.

8 Riskanalys

8.1 Genomförda riskanalyser

Riskanalyser och handlingsplaner som är genomförda under 2021 är:

Riskanalys organisationsförändring servicepersonal

Organisationsförändring innebärande införandet av servicetjänster på vissa schemarader. Servicetjänster innebär att servicepersonal har till uppgift ta hand om städning, tvätt, arbete i kök, varuhantering. Dessa tjänster är nya och kommer införas under våren 2022.

Riskanalys organisationsförändring sjuksköterskeorganisation

Organisationsförändring innebärande förändring av sjuksköterskeorganisation. Sjuksköterskorna kommer att från med mars månad 2022 börja på ett nytt schema som innebär helgtjänstgöring var fjärde helg.

8.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

För servicebiträde har en arbetsbeskrivning och en tydlig dagplanering gjorts. Det pågår utbildning i livsmedelshygien för servicebiträden.

Förändringen av sjuksköterskeorganisation innebär en kvalitetshöjning genom att sjuksköterska finns på plats kl. 7-16 alla dagar i veckan.

Uppföljning och utvärdering kommer ske 31 maj 2022.

9 Genomförda externa granskningar

Under våren genomfördes avtalsuppföljning med Upplands-Bro kommun och under hösten genomfördes avtalsuppföljning med Stockholmsstad.

9.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Utifrån avtalsuppföljning med Upplands-Bro kommun har följande förbättringsområden identifierats och åtgärder gjorts eller pågår.

Personalen ska bära namnbricka där namn och företag framgår

Namnbrickor delas ut vid nyanställning. Verksamhetschef/biträdande verksamhetschef påminner om att bära namnbricka varje gång när de upptäcker att personal inte bär namnbricka. Signeringslista finns upprättad. Kontroll genomförs av Verksamhetschef/biträdande verksamhetschef varannan månad, fr o m januari 2022.

Den enskilde ska erbjudas möjlighet att dagligen vistas utomhus samt att delta i aktiviteter utanför boendet

Egen tid skrivs in i genomförandeplanen (GP). Vi ska ha tydliga GP där vi planerar för utevistelse/egen tid. För att säkerställa egen tid kommer uppföljning i journalen göras av gruppleddare/biträdande verksamhetschef 1 gång per månad. Signeringslista som visar att utevistelse har erbjudits är upprättad. Signeringslistan följs upp 1 gång per månad av arbetsterapeut, sjukgymnast som har aktivitetsansvar. Återkoppling samt uppföljning ska ske regelbundet vid aktivitetsmöten av AT/SG.

Utföraren ska upprätta en gemensam skriftlig plan för veckoaktiviteter (veckoschema för alla dagar i veckan). Den ska vara tillgänglig för den enskilde/närstående

På de digitala skärmarna som finns på varje plan visas dagens aktiviteter samt aktiviteter som erbjuds måndag till fredag. En tydligare planering av helgens aktiviteter har påbörjats genom att varje plans aktivitetsombud lämnar in, senast torsdag varje vecka, en planering för helgens aktiviteter till aktivitetsansvarig arbetsterapeut/sjukgymnast. Kvalitetsombuden från varje avdelning får en återkommande påminnelse i sin kalender. Aktivitetsansvarig arbetsterapeut/sjukgymnast ansvarar för att helgens aktiviteter finns på digitala skärmar och även på Lillsjö Badvägs hemsida. Utbildningsinsats är inplanerad avseende publicering på web etc.

System för egenkontroll gällande livsmedel med bland annat fastlagda rutiner, regelbunden uppföljning och utvärdering ska finnas, samt en tydlig ansvarsfördelning för mat och måltider inom hela organisationen

Signeringslistor/tempkontroll följs upp genom att kostombuden lämnar signeringslistor till biträdande verksamhetschef varannan vecka.

Utbildning i livsmedelshygien (film) har påbörjats under hösten i Humana lärportal. Under våren 2022 genomförs ytterligare utbildning i livsmedelshygien. Egenkontroll genomförd sen tidigare enligt årshjulet och är inlagd i Parus.

Utföraren ska ha skriftliga rutiner för handhavande av nycklar såväl för de enskildas lägenheter som för andra lokaler

Boende öppnar sin dörr genom sin larmknapp. Med tagg och kod kan boende öppna avdelningsdörr och ytterdörr. Personal öppnar boendes dörrar genom telefonen samt att huvudnyckel finns på varje plan att tillgå i ett låst nyckelskåp. Lokal nyckelrutin är klar

och finns i Parus.

Egenkontroller är genomförda i tillräcklig omfattning för att säkra verksamhetens kvalitet

Årshjulet visar månad för månad vilka egenkontroller som ska utföras. Egenkontrollernas resultat ska redovisas i Humanas kvalitetsledningssystem Parus. Resultat av Livsmedelshygien, Måltidsobservation och Personcentrerad vård och omsorg finns i Parus.

Skriftliga rutiner för synpunkt- och klagomålshantering finns

Vid entrén finns en postlåda med blanketter och instruktion för synpunkt och klagomålshantering. Anhöriga och boende har fått information om, via Lillsjö badvägs inflyttningsskema och genom anhörig/kund brev, att man kan lämna synpunkt/klagomål samt var postlådan finns lokalt. VC kontrollerar postlådan 1 gång per vecka. Lokal rutin är upprättad och finns i Parus.

Utföraren ska bedriva ett systematiskt brandskyddsarbete (SBA)

Kontroller ska göras enligt plan var 3:e månad och läggas in i systemet Safekeep. Under juni (2021) genomfördes uppdatering/utbildning för brandombud, hur kontroller ska genomföras i systemet. Systemet Safekeep meddelar när det är dags att utföra egenkontroll för brand. Årlig revision SBA (systematiskt brandskyddsarbete) är utförd.

Rutin för social dokumentation enligt SoL finns, vilken även ska innehålla tillvägagångssätt vid driftsstopp

Idag används övergripande riktlinje för arkivering. Lokal rutin upprättad och finns i Parus.

Genomförandeplanen har mätbara mål som regelbundet följs upp

Kontaktpersonen följer upp målen i genomförandeplanen kontinuerligt samt vid förändringar. Uppföljning är gjord och kommer att göras regelbundet i dokumentationssystemet av gruppleddare/biträdande verksamhetschef.

Det finns beskrivet på vilket sätt brukaren (företrädare) varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen

I kvalitetssystemet (Parus) för egenkontroll finns uppföljning för personcentrerad vård och omsorg där kontrollfråga finns om "den äldre har varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen". Uppföljning av personcentrerad vård och omsorg ska göras 1 gång per år enligt årshjulet och återkopplas till berörd personal.

Regelbundna journalanteckningar finns i den sociala journalen

Kontaktmannen har huvudansvar för att det finns minst en anteckning per vecka. All personal journalför vid behov och förändring. Ett fortsatt arbete med utbildning och löpande uppföljning behövs. Gruppleddare kommer att vara stöd för medarbetare i detta och följa upp journalanteckningar 1 gång per månad.

10 Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden

Våren och hösten 2022:

- Brandutbildning – Brandövning.
- Utbildning i kontaktmannaskap, social dokumentation och aktivitetsanalyser för undersköterskor. Utförs av ansvariga i verksamheten.
- Utbildning i Livsmedelshygien, måltidsmiljön och ledningssystemet Parus kommer att göras av personal från Kvalitetsavdelningen på Humana.
- Nollvision – Humanas lärportal, väg till Demenscentrum, ska uppvisa intyg till verksamhetschef/biträdande verksamhetschef.
- Basala hygienrutiner, fortlöpande i verksamheten.
- Introduktionsutbildning finns i lärportalen och omfattar grundläggande information som samtliga medarbetare ska ta del av.
- Utbildning i bemötandeplan.



2021 års verksamhetsberättelse och 2022 års verksamhetsplan för Villa Silvertorget

Datum och ansvarig för innehållet

2022-02-28





VERKSAMHETS och KVALITETSBERÄTTELSE FÖR 2021

Sammanfattning

Vardaga bedriver vård och omsorg i särskilt boende samt daglig verksamhet. De personer som bor och vistas på verksamheterna har biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och den övervägande delen av insatser är enligt SoL

Där Vardaga har ansvar att bedriva hälso- och sjukvård upprättas årligen även en patientsäkerhetsberättelse, som finns på respektive verksamhets hemsida.

Vision och värderingar

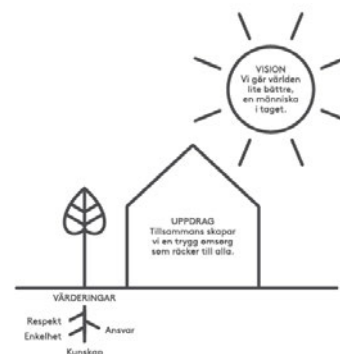
Vår Vision:

”Vi gör världen lite bättre, en människa i taget”

Vårt uppdrag:

” Tillsammans skapar vi en trygg omsorg som räcker till alla”.

Vårt konkreta uppdrag är att ge en god och trygg omsorg till varje person i våra verksamheter. Vi lyckas när vi arbetar tillsammans, både inom Ambea och i nära dialog med omsorgstagare, närstående och uppdragsgivare.



Våra värderingar

Respekt: Hos oss har alla har rätt till ett värdigt liv med såväl fysiskt, psykiskt som socialt välbefinnande.

Ansvar: Hos oss har vi medarbetare som vågar och vill och chefer som lyssnar och leder.

Enkelhet: Hos oss är det enkelt att påverka och att vara medarbetare eller omsorgstagare.

Kunskap: Hos oss reflekterar vi, lär av varandra och tar tillvara allas kompetens.

Vår vision och våra värderingar är vår ledstjärna såväl i mötet med de boende som finns i våra verksamheter som när det gäller hur våra medarbetare bemöter varandra. Det är dessa värderingar som ska ta oss mot visionen – varje dag. Det är utifrån dessa värderingar som Vardaga styrs.



Verksamhetens inriktning och mål för året

Verksamhetsbeskrivning

Villa Silvertorget är ett modernt boende med närhet till både natur och service. Det består av 60 lägenheter uppdelade på tre våningar med 20 lägenheter per våning fördelat på två enheter. Verksamheten har 20 platser för boende med somatiska vårdbehov och 40 platser med inriktning mot demens. Efterfrågan på plats på särskilt boende har varit låg på grund bland annat av rådande pandemi. Det har för verksamheten inneburit att vi som mest haft 11 belagda platser under 2021. I början av 2022 är 9 av 60 platser belagda.

Mål för verksamheten

Det övergripande målet för verksamheten har under 2021 varit att fortsatt implementera Vardagas Riktlinjer, rutiner och arbetssätt i enlighet med ledningssystemet. Att trots mycket låg beläggning, bibehålla ett engagemang och en positiv arbetsmiljö för våra medarbetare så att våra omsorgstagare har en trygg och stimulerande vardag

Den enskilde (Inflytande)

Vi individanpassar och möjliggör kundens delaktighet så långt som det är möjligt Det är viktigt att vi i det professionella teamet har en helhetssyn på kundens situation och behov. Ett väl fungerande teamarbete är en framgångsfaktor för att uppnå individuellt anpassade insatser.

Vi arbetar med ständiga förbättringar i att strukturera regelbundenheten och kvalitén på innehållet i varje teammöte samt våra avstämningsmöten. Uppföljningar sker utifrån önskemål och behov samt överenskommelser som gjordes vid vårdplaneringen eller i samtal. Teammöten sker varje vecka.

När en ny kund flyttar till oss erbjuder vi ett ankomstsamtal inom 14 dagar där kunden, närstående samt medarbetare i olika professioner deltar. Där planerar man insatserna och dokumenterar informationen i en genomförandeplan som så långt som möjligt skall utgå från kundens önskemål, intressen samt behov, hänsyn tas även till biståndsbeslut. Därefter erbjuds samtal som initieras från oss eller från kunden alternativt den anhörige när behov uppstår eller när genomförandeplan skall uppdateras.

Medarbetarna håller sig uppdaterad genom att vid början av varje arbetspass alltid läsa igenom dokumentationen och ta del av de förändringar som gjorts.

Alla boende har en kontaktman. Genom kontaktmannskapet blir vår personal en central person i våra boendes vardag.

Då en del av våra kunder inte har förmågan att verbalt uttrycka sina behov, viljor, intressen och önskemål, tolkar och analyserar våra medarbetare deras beteende samt försöker uppfatta signaler som ger oss en uppfattning om hur varje person vill ha det.



Under 2021 har vi inte, pga. pandemin, kunnat erbjuda traditionellt boenderåd utan det har hållits fortlöpande i samband med tex eftermiddagsfika då samtal kring olika önskemål om maträtter, aktiviteter etc. har diskuterats. Resultatet från mötet ger ändringar utifrån kundens önskemål. Medarbetarna är även lyhörda för boendes åsikter löpande och där vi kan möta upp olika önskemål så gör vi det.

På grund av besöksförbud/stopp och restriktioner så har närståendemöte eller närståenderåd inte genomförts enligt rutin.

Varje månad skickas nyhetsbrev ut till närstående.

För de anhöriga som önskar regelbunden kontakt med sjuksköterska sker detta efter önskemål. Kontakt tas alltid vid förändringar i läkemedel eller tillstånd. Samtal erbjuds även med läkare då behov finns

Enkät svar på kund och Brukarundersökningen

Ingen brukarenkät genomförd under 2021

Genomförandeplaner

Alla boende på Villa Silvertorget har en genomförandeplan. Den påbörjas då boende flyttar in i samverkan mellan medarbetare och den boende. I vissa fall även närstående. Genomförandeplanen revideras vid behov samt var sjätte månad.

Samverkan

Samverkan mellan personalkategorier i verksamheten sker med respekt för varandras profession och utifrån rutin för intern samverkan.

Förutom i det dagliga arbete sker samverkan i olika mötes forum där teammöten är ett exempel

Övriga intressenter

Under 2021 har pandemin haft stor påverkan på möjligheterna för extern samverkan.

Samverkan med Sigtuna kyrka samt besök av vårdhund har kunnat genomföras under del av året.

Kvalitetsberättelse

SOSFS 2011:9,7 kap. 1§

Vårdgivaren som omfattas av 1 kap. 1§ 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.

Hälso- och sjukvård



Ansvar

Se bilaga 1 i Patientsäkerhetsberättelsen

Medarbetare med Delaktighet och Målstyrning

Verksamhetens mål går igenom på arbetsplatsträff vid årets början och följs sedan löpande upp under året.

Antal anställda

Verksamhetschef 1.0, Gruppchef 1.0, Sjuksköterska 0.9, Omvårdnadspersonal 13,9



Personalkategori	Antal medarbetare	ÅA
Undersköterskor	16	13,09
Gruppchef	1	0,2
Sjuksköterska	1	0,9
Verksamhetschef	1	1
	19	15,19

Personaltäthet

Omvårdnadspersonal kl 7-8 två stycken, kl 8-20 tre stycken, kl 20-07 två stycken

Sjuksköterska måndag – fredag kl 8-16

Klara sjuksköterskepatrull måndag – fredag kl 16-08, helg hela dygnet

Personalomsättning

Under 2021 har en Vc slutat, en undersköterska slutat

Arbetsplatsträffar

Arbetsplatsträffar har genomförts med ett fåtal medarbetare på grund av restriktionerna av den rådande pandemin. Har även ersatts med informationsmöten och utbildningar kopplat till pandemin

Planeringsdagar

Planeringsdag den 18 november då vi arbetade med Vardagas koncept ”Vår värld”, Palliativa ombud, smärtskattning och vård i livet slut, samt dokumentation av genomförandeplaner.

Kompetensutveckling



Utbildningarna har framför allt varit kopplade till pandemin. Basala hygienrutiner, rutiner vid misstänkt och vid konstaterad smitta, rutiner för arbetskläder och skyddsutrustning, provtagningsrutiner mm.

Utbildning i konceptet Vår värld, samt kontaktmannaskapet

Enkätsvar på Teambarometern

Index genomsnitt 69, svarsfrekvens 76,8

Övrigt

Pandemin C-19 har påverkat verksamhetens arbete under 2021. Stor fokus har lagts på att arbeta enligt rådande riktlinjer. Ingen konstaterad Covid- 19 smittad boende under 2021.

Stort fokus har även legat på att trots mycket låg beläggning och en anpassad bemanning, arbeta utifrån Vardagas koncept och erbjuda våra boende en meningsfull vardag med aktiviteter, utevistelser och måltiden i centrum.

VERKSAMHETSPLAN FÖR 2022

Verksamhetens namn

Område - exempel	Mål	Del mål	Aktiviteter	Ansvarig	Tid	Uppföljning
Vardagas koncept						
Den enskilde - delaktighet - kund/nästståendeundersökning						



<ul style="list-style-type: none"> - genomförandeplan - samverkan - övrigt 						
Närstående och/eller företrädare						
Övriga intressenter, frivilligorganisationer m.m.						
Kvalitetsplan – enligt SOSFS 2011:9 <ul style="list-style-type: none"> - hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet kan förbättras under kommande kalenderår - vilka åtgärder som ska vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet - vilka resultat som verksamheten vill uppnå 			<p>Fortsatt arbete i Qmaxit</p> <p>Avvikelse hantering Förbättringsmål</p> <p>Fortsatt utbildning dokumentations systemet SafeDoc, genomförandeplaner och "den röda tråden"</p>			
Hälsa- och sjukvård – se patientsäkerhetsplan						
Medarbetare <ul style="list-style-type: none"> - antal, täthet, omsättning - APT, Måltavlan - Planeringsdagar - Kompetensutveckling Övrigt			<p>Höja svarsfrekvensen i Team barometern</p> <p>Genomföra bra och inspirerande planeringsdagar</p>			



Marknadsföring – om relevant						
Övrigt						



Kvalitetsberättelse 2021

Kungsgården



Innehållsförteckning

1	Syfte och mål.....	3
2	Verksamhetsinriktning och ansvar	4
	2.1 Målgrupp	4
	2.2 Uppdrag och ansvar	4
3	Föregående års identifierade förbättringsområden.....	6
4	Egenkontroll.....	7
	4.1 Identifierade förbättringsområden	7
	4.2 Egenkontrollplan.....	8
5	Brukarundersökning.....	10
	5.1 Genomförda brukarundersökningar	10
	5.2 Resultat av brukarundersökning	10
	5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	10
6	Synpunkter och klagomål.....	11
	6.1 Sammanställning synpunkter.....	11
	6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	11
7	Avvikelsehantering.....	13
	7.1 Avvikelser och förbättringsförslag	13
	7.2 Lex Sarah.....	14
	7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	14
8	Samverkan	15
	8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	16
9	Risakanalys	17
	9.1 Genomförda riskanalyser.....	17
	9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	17
10	Genomförda externa granskningar	20
	10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	20
11	Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden	21

1 Syfte och mål

En kvalitetsberättelse ska beskriva hur verksamhetens kvalitetsarbete för föregående år har bedrivits. Den ska ge svar på vilka resultat som har uppnåtts inom verksamhetens kvalitetsarbete samt vilka åtgärder som är vidtagna för att säkra kvaliteten.

Kvalitetsberättelsen ska vara till nytta för verksamheten själv. Där ska såväl medarbetare som verksamhetsansvariga kunna identifiera förbättringsområden och med detta lägga en plan för kommande arbete, med de prioriteringar som är mest angelägna att göra.

Den kvalitetsberättelse som skrivs på nämndnivå är en sammanfattning av de viktigaste identifierade delarna inom nämndens alla verksamheter och syftar till att ge politiken en uppfattning om helheten.

2 Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Kungsgården är ett vård-och omsorgsboende med 32 platser, därav är 16 för personer med kognitiv sjukdom och 16 är med somatisk inriktning.

31 personer är 65 och äldre, den äldsta är 108 år, en person är under 65 år.

2.2 Uppdrag och ansvar

Kvaliteten i verksamheten ska fortlöpande utvecklas och säkras genom det systematiska kvalitetsarbetet.

På Kungsgården arbetas flitig med kvalitetsarbetet med enhetens enhetsledare som drivande kraft, tillsammans med enhetschefen, omsorgspersonalen och HSE enheten arbetar alla för att säkra kvalitén med olika insatser och metoder som exempelvis kvalitetsråd. Nyckel till framgång är att man arbetar på Kungsgården i ett multiprofessionellt team.

Kungsgården arbetar även med ombud för livsmedelshygien, värdegrund, dokumentation, kvalitet, demens med mera. Ombuden rapporterar och har en stående punkt vid varje APT.

Enhetschefer på Kungsgården leder och planerar verksamheten med syfte att göra tillvaron värdig och meningsfull för de boende tillsammans med hela teamet. Enhetschefen ansvarar för att de lagar och förordningar som finns på området följs och för att brukarna har det bra och att de får den omvårdnad de behöver. Chefen följer upp och utvärderar de vårdinsatser som görs i samarbete med alla berörda. I arbetsuppgifterna ingår även att planera hur personalen ska få lämplig vidareutbildning. Enhetschefen har även ansvar för verksamhetens budget.

Enhetsledaren är arbetsledare för personalen. Detta innebär bland annat att enhetsledaren anställer och har ansvar för introduktionen av ny personal och ger handledning till anställda och praktikanter. Kungsgårdens enhetsledare lägger schema och sköter lönerapportering bland annat vilket är grunden för personalens trygghet.

Omsorgspersonalens ansvar

Huvuduppgiften är service och omvårdnad. Vid delegering av medicinsk arbetsuppgift som avser läkemedelshantering biträder vårdpersonalen leg. sjuksköterska och omfattas då av ansvar enligt allmänna åliggande för hälso- och sjukvårdspersonal.

I omsorgspersonalens ansvar ingår också att inom ramen för sin kompetens uppmärksamma förändringar i den enskildes hälsotillstånd och informera ansvarig sjuksköterska.

Kontaktpersonens ansvar

- Att tillgodose så den boende får sina fysiska, psykiska, sociala, andliga och kulturella behov uppfyllda
- Att vara aktiv delaktig vid inflyttningen
- Att vara en förmedlande länk mellan den boende och anhöriga/närstående

- Att se till att den planerade genomförandeplanen är aktuell och efterföljs
- Att beställa vid behovs medicin
- Att informera den övriga omsorgspersonalen om förändringar runt den boende
- Att observera, rapportera och dokumentera
- Att vårdtagaren får duscha minst 1ggr/vecka med mera
- Att i samråd med anhöriga se till att hygienartiklar, kläder, sänglinne och handdukar finns till hands
- Att städa den boendes rum

Ansvarar för – innebär inte att det är enbart kontaktpersonen som utför uppgifterna. Kontaktpersonen kan göra en överenskommelse med arbetskamraterna om utförandet.

HSE enheten (Hälso- och sjukvårdsenheten) ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser. Två legitimerade sjuksköterskor ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser, läkemedelshantering och lagstadgad dokumentation. Sjuksköterskorna på Kungsgården arbetar med funktionsbevarande insatser och sjuksköterskan har omvårdnadsansvar för alla patienter på Kungsgården. Sjuksköterskan är sammankallande och håller i omvårdnadsmöten, skriver vårdplaner och arbetar i olika kvalitetsregister.

Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden på Kungsgården är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. På Kungsgården arbetar alla utifrån respekt för mänskliga rättigheter, inklusive kulturella rättigheter, rätten till liv och egna val utifrån verksamhetens värdegrund.

Rehabpersonalen (På Kungsgården arbetar en sjukgymnast och en arbetsterapeut) utbildar och handleder omsorgspersonal i bland annat vardagsrehabiliterande och hälsofrämjande synsätt, förflyttningsteknik och användning av hjälpmedel.

Exempel på rehabiliterande insatser

- Bedömning av funktionsnivå och hälsotillstånd i samband med inflyttning.
- Specifik individuell rehabilitering som till exempel efter ett benbrott. Träning och andra rehabiliterande insatser kan ske individuellt, i grupp eller i de dagliga aktiviteterna med stöd av omsorgspersonal.
- Träning av vardagliga aktiviteter.
- Utprovning av hjälpmedel.
- Bedömning av boendemiljö och fallprevention.
- Smärtlindring.
- Individuell behandling och stöd vid tugg- och sväljsvårigheter eller vid behov av specialkost och allergier.

Kungsgården har även en aktivitetsansvarig och under pandemin en besöksvärdinna.

3 Föregående års identifierade förbättringsområden

Kungsgårdens förbättringsområde har varit att arbeta under 2021 i ännu högre grad med värdegrunden med fokus på : " Vem är vi till för!".

Som stöd fick all personal handledning.

Arbetet utvecklades igenom att man har lyft värdegrundombuds roll och man jobbade intensiv med HBTQ i omcertificeringen, vilket handlar också mycket om bemötande, värderingar och mänskliga rättigheter.

Förutom detta genomfördes en ny egenkontroll där man kollar upp hur länge den boende behöver vänta tills en personal kvittera larmet. Detta led till kortare väntetiderna för brukarna.

En uppföljningsprocess pågår till dess Kungsgården ledning bedömer att det pågår fördjupat värdegrundsarbetet. Det är ett led i uppföljningen av kvalitetsarbetet året innan. Sedan dess har Kungsgården arbetat mer intensiv med värdegrunden och det led till en ökad medvetenhet om värdegrunden och hur man arbetar enligt den. Bemötande, integritet, självbestämmande och trygghet är nyckelorden som för teamet på Kungsgården framåt. Med hjälp av värdegrundsarbetet stärker Kungsgården relationerna mellan personalen och brukarna. Värdegrunden hjälper de boenden på Kungsgården inflytande över genomförande av insatserna. Kungsgårdens ledning har stor betydelse för medarbetarnas motivation för en förbättrad dialog med de boenden på Kungsgården och deras anhöriga. Ledningen på Kungsgården säkerställa att personalen på Kungsgården har kunskap om värdegrunden samt tid för reflektion och diskussion.

Att Kungsgården lyckades kom fram i samtal med de boenden, feedback från anhöriga och faktum att det finns en väntelista till Kungsgården. Citat av en anhörig : "Det här är det finaste ställe som finns."

4 Egenkontroll

Sammanfattning av årets egenkontroller

Verksamheten har under året genomfört egenkontroller gällande följsamheten till basala hygienrutiner genom observationsstudie och självskattning.

Resultatet har visat att följsamheten har ökat med till basala hygienrutiner pga. de extra webbutbildningar personalen genomfört pga. pandemin.

Årlig kontroll (besiktning av vårdängar och liftar) har genomförts av Rehab.

Interna egenkontroller gällande hygien har utförts under pandemin dagligen samt däremellan stickkontroller med hjälp av en tärning, slog man 6 fick man gå igenom en checklista, som byggdes upp som ett spel.

Personal varit delaktiga i att ta fram underlag för BPSD-skattning.

Egenkontroll för det systematiska kvalitetsarbetet genomförs en gång i månaden.

Egenkontroll gällande ljudmiljön görs varannan månad.

Egenkontrollen kring ljudmiljön kopplades till värdegrundsarbetet, då personalen reflekterade över frågan i högre grad. När personalen ä i full gång i arbetet tänker personalen inte alltid på vilken ljudmiljö vi har omkring oss och att det också är en miljö som de boenden vistas i hela dygnet. För personer med demenssjukdom kan en osund ljudmiljö leder till stress och ge symptom som exempelvis oro. Genom kontrollerna sätter sig personalen ner och lyssnar. Tv, diskmaskin, prat, larm? Det diskuterades om alla ljud är positiva eller om vissa kan tas bort. Personalen är exempelvis mer noggrant med hur man pratar i korridorerna.

Egenkontrollen för livsmedelshygien görs månadsvis.

Kungsgården har också värdegrundsombud i verksamheten som utför egenkontroller utifrån värdighetsgarantierna en gång i månaden.

Omsorgspersonalen utför också egenkontroller för måltidssituationen fyra gånger per år.


HSE enheten arbetar med årlig granskning av läkemedelshantering och narkotikakontroller samt temperaturkontroller av kylskåpet för läkemedel.

4.1 Identifierade förbättringsområden


Egenkontrollerna visade brister inom livsmedelshygien under tiden med mycket personalbortfall under Corona.

4.2 Egenkontrollplan

4.2.1 Självbestämmande och integritet


Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Brukarmöten och egenkontroll för värdegrund.	Under Brukarmöten som vi har en gång i månaden, där öppna frågor ställs kring hur brukarna upplever omsorgspersonalen bemötande så att integriteten och självbestämmande bevaras. Vi har också egenkontroller för värdegrund. Värdegrundsombuden gör interna kontroller utifrån frågeställningar kring värdegrunden.	År  Ingen avvikelse	Genomfördes enligt planen. Se mer förtydligande i texten ovan och nedan.

4.2.2 Trygghet och rättssäkerhet


Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Brukarmöten, egenkontroll dokumentation och Kvalitetsråd	Under Brukarmöten ställs frågor kring värdegrundsorden för att säkerställa att omsorgspersonalen har ett bemötande som inger trygghet. Till exempel ordet "Trygghet" Upplever du att du kan berätta för personalen om du är ledsen eller orolig över något som har hänt?". Vi har två stuckna dokumentationsombud som gör egenkontroller för dokumentation. De går igenom dokumentationen en gång i månaden och granskar genomförandeplan, SOL anteckningar, Bemötandeplan osv. Vi arbetar för att uppmana all omsorgspersonal att upprätta avvikelser och vikten av att detta görs. Dessa följs sedan upp under Kvalitetsrådet som vi har en gång i månaden tillsammans med omsorgspersonalen och HSE.	År  Ingen avvikelse	Genomfördes enligt planen.

4.2.3 Kunskapsbaserad och effektiv verksamhet

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
-------------------------------	----------------------	-------------------------	-----------

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Egenkontroller	Personalen utför regelbundna egenkontroller för exempelvis dokumentation, värdegrund, hygien, livsmedelshygien, ljudmiljö m.m. Vi arbetar även i BPSD register.	År  Ingen avvikelse	Genomfördes enligt planen. Resultatet är att enheten har 100 % genomförande planer. Enheten arbetar även föredömlig med levnadsberättelsen. Kvalitén av dokumentationen anses som bra. Ett utvecklingsområdet är att personalen bör tydliggöra hur brukaren har varit delaktig i genomförande planerna. En förtydligande om kontrollerna av ljudmiljön finns i texten. Gällande livsmedel hygien fanns avvikelse att man slarvade med signeringslistorna, framförallt vikarierna. Som åtgärd har Kungsgården arbetat fram rutinerna för en bättre introduktion av vikarierna, införd informationsträffar för vikarierna, skapade en uppdaterad mejllista för vikarierna plus att personalen blev påmind och att alla påminner varandra. Detta led till en sabb förbättring.

4.2.4 Tillgänglighet och jämlikhet

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Tillgänglighet	Brukarmöten anordnas varje månad. Anhöriga får information via brev, möten och enskilda samtal.	År  Ingen avvikelse	Ingen avvikelse! Brukarmöten anordnades regelbundet. Nyhetsbrevet mejlas till anhöriga och även de boenden som är intresserade kan få ett exemplar som aktivitetsansvarig på Kungsgården skriver ut. Detta uppskattas av alla.

5 Brukarundersökning

5.1 Genomförda brukarundersökningar

Genomfördes inte p.g.a. Corona.

5.2 Resultat av brukarundersökning

Enheten fick inget resultat, men Kungsgården lägger ändå stor vikt på att kartlägga de äldres uppfattning om Kungsgården. Därför pratar personalen på Kungsgården varje månad med de boende på brukarrådet.

5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

På brukarrådet kom det fram att de boenden inte var så nöjda med maten som kommer från Norrgårdens kök. Därför handlade Kungsgården i god samråd med Norrgården med följande åtgärderna:

- Regelbundna köksmöten med Kungsgårdens personal och Norrgårdens kök.
- Utvärderingsenkät för maten.
- Besök från Norrgårdens kök på Kungsgården.
- Insamling av önskemål och förslag för måltiderna.
- Kungsgården påbörjade arbetet kring måltidssituationerna.

Vid brukarrådet diskuterades även önskemål om aktiviteterna, idéerna omvandlade Kungsgårdens aktivitetsansvarig till handlingar.

Vid sista brukarrådet i december fick de boende önskar hur de vill dekorera inför jul och vad de önskar sig för mat och i vilken ordning. Enhetsledaren ordnade att detta genomfördes.

På brukare diskuterades mycket kring Corona reglerna och restriktionerna. De boenden uttryckte att hanteringen av Corona och reglerade besök med en besöksvärdinna bedömdes som en kvalitetshöjning. Pandemin har varit en stor belastning för de boenden och känslan av isolation med begränsade besök har varit en utmaning för alla. Kungsgårdens personal är stolta över att man involverade de boenden i de frågorna och de äldre uttryckte att de känner sig trygga.

6 Synpunkter och klagomål

Alla boenden och anhöriga får information om hanteringen av synpunkter och klagomål när de flyttar in.

Kungsgården tar emot klagomål, synpunkter och förbättringsförslag muntligt, via synpunkts- och klagomålsblankett. Det finns även synpunktslåda i verksamheten för den som vill lämna där. Klagomål följs upp och återkopplas till den klagande. Klagomål, synpunkter och förbättringsförslag är ett led i det fortlöpande kvalitets- och utvecklingsarbetet. Under året har ett fåtal antal synpunkter och klagomål lämnats till verksamheten.

En närmare beskrivning finns i texten ovan.

Alla avvikelser av medicinsk karaktär har analyserats och åtgärder satts in vid behov. En närmare beskrivning finns ovan och nedan.

6.1 Sammanställning synpunkter

Trots omständigheterna med en pågående pandemi gjorde Kungsgården sitt yttersta och det kom in väldigt få synpunkter. De flesta anhöriga och boende uttryckte tacksamhet och att man kände en stor trygghet hur Kungsgården hanterade pandemin.

Framför allt den nära kontakt till anhöriga med regelbundna information via telefon eller nyhetsbrevet förebyggde missnöjdhet hos anhöriga.

En synpunkt har varit att man inte har varit nöjd med hanteringen av besöksrestriktionerna. Kungsgården följde dock smittskydds, MASens och vårdhygiens rutinerna och det är enhetschefens skyldighet att säkerställa att reglerna följs för att minska risken för smittspridningen av Coronavirus och andra sjukdom.

Dessvärre har det inte kommit in så många klagomål, nedan en sammanfattning som kom muntlig till enhetschefens kännedom (och hanterades genom samtal):

1. Synpunkter om mat.
2. Synpunkt om besök.
3. Synpunkt om inte fungerande telefoner.

Kungsgården fortsätter med tydlig information till de boenden och deras anhöriga och även personalen.

Ledningen uppmuntrade att omsorgspersonalen ska säkerställa en bra kommunikation med de anhöriga så att Kungsgården har trygga och välinformerade anhöriga.

6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

- Mat. Samverkan med Norrgårdens kök led till en förbättring av nöjdheten med maten. Kungsgården kommer att fortsätta det intensiva samarbete och fortsätter att maten är en stående punkt vid varje brukarråd samt att enheten arbetar med måltidssituationen.
- Plan 2 behöver svara flitigare i telefonerna. Detta har blivit mycket bättre efter enhetsledaren påminde omsorgspersonalen.

- Enheten kommer att uppmuntra anhöriga och lämna in synpunkter och förslag i högre grad.

7 Avvikelsehantering

Alla avvikelser som upprättas lyfts under Kvalitetsrådet där SSK, rehab, omsorgspersonal och ledning är med. Man diskuterar och reflekterar kring händelsen och vilka åtgärder som skall sättas in. Även riskanalys upprättas vid behov så att vi arbetar förebyggande så att den typ av händelse inte skall uppstå igen. Tas även upp under APT, både avvikelsen och riskanalysen. Detta så att alla medarbetar erhåller samma information.

Avvikelsen analyseras med fokus på om det behövs förebyggande åtgärder för att den inte ska upprepas/hända igen. Avvikelser analyseras i verksamhetens kvalitetsråd och återkopplas till personalgruppen i "lärande organisation". Närstående informeras vid allvarliga avvikelser och missförhållanden.

7.1 Avvikelser och förbättringsförslag

Under 2021 upprättades:

18 SOL avvikelser.

Dessa handlade om exempelvis att man inte läste HSE (hälsa-och sjukvårdsenheten) informationen i "flick 9". Finns en rutin för när och hur man tar del av den skriftliga infon från Rehab.

Det handlade om utebliven dusch, utebliven gymnastik som ska anordnas dagligen.

Utebliven dusch har förekommit flera gånger på demensavdelning p.g.a. personen vägrade att bli duschade. Detta är inte ovanligt hos personerna med demenssjukdom och kan hanteras med ett professionellt förhållningsätt som är anpassade för personer med kognitiv sjukdom. Enheten arbetar med handledning och bemötandeplanerna för att stödja personalen i frågan. Följande åtgärder genomfördes:

- All personal har genomgått Demens ABC, en webbaserat utbildning om demens.
- Personalen har fått handledning och schemalagd tid för reflektion för att diskutera och reflektera över sitt arbetssätt.
- Personalen får stöd från enhetens sjuksköterska, enhetschefen och förebyggande enhetens silviasyster om frågan att förebygga och hantera beteendeproblem hos personer med kognitiv sjukdom.

Resultat: Personalen är tryggare i hanteringen av situationen. Bemötandeplanen är från stor hjälp så att all personal arbetar efter samma linje, detta leder till en stor trygghet hos den berörda med demenssjukdom så att personen inte behöver vara rädd vid dusch situationerna. Utebliven dusch har minskat.

Utebliven gymnastik är inte bra då Kungsgården lägger stor vikt på att aktivera de boenden och erbjuder dagligen minst två aktiviteter plus promenaderna. Fysisk aktivitet är viktig för äldre och främja välmående, förebygga psykiskt ohälsa som exempelvis depression och påverka sömnsvårigheterna på ett positivt sätt. Enhetschefen är mycket angelägen om att det anordnas dagligen på samma tid för att säkerställa kontinuitet i verksamheten samt balans mellan vilan och aktivitet. Att Kungsgården har ett aktivitetschema med fasta tiderna är en kvalitetshöjning och bidrar till en högre trygghet hos de boenden. Genom att det dokumenterades utebliven gymnastik som

avvikelse diskuterades frågan i kvalitetsrådet och på APT. **Resultatet** är att gymnastiken anordnas dagligen, undantag är vissa helger då aktivitetsansvarig inte har varit på plats. P.g.a. detta har aktivitetsansvarig införd en rutin att utse för varje helg en aktivitetsansvarig plus en uppföljning varje måndag.

En brukare meddelar att det tagit för lång tid från att hen larmat till dess att personal kom. Enhetsledaren begärde ut loggar från larmföretaget. Det skapades en ny rutin så att ledningen kan ta stickprov för att säkerställa snabb hantering av larm. **Resultatet** har varit kortare väntetiderna.

7.2 Lex Sarah

Kungsgården rapporterade en Lex Sarah till kvalitetsavdelningen. Efter utredningen beslutades att det inte var en händelse som faller under lex Sarah, utan en vanlig avvikelse.

Berörd personal fick lämna in en skriftlig redogörelse. Det som har brustit har varit att personalen inte informerade sjuksköterska om en förändrat hälsotillstånd till sjuksköterskan i god tid. Det är personalens skyldighet att informera sjuksköterskan omedelbart vid förändringar av hälsotillståndet.

7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Kungsgården kommer att arbeta med skriftliga redogörelse i lärande syfte i högre grad i framtiden.

Genom att frågan diskuterades i både kvalitetsrådet och på gemensamma APT samt att de berörda fick lämna in en skriftlig redogörelse blev all personal observanta och påmind om vikten att informera sjuksköterskan alltid i god tid för patientsäkerhetens skull.

8 Samverkan

Kungsgården arbetar enligt HEP flitig med andra enheter som exempelvis HSE, förebyggande enheten och Norrgården. Enheten arbetar även med KOF, svenska kyrka, musikern Olle Eiderstam, utbildningskontoret och har samarbete med barn (utifrån Corona läget) med mera.

Kungsgården har även samverkan med modersmålsenheten. Kungsgården och en grupp med barn som talar tyska som modersmål träffas regelbundet med några äldre på Kungsgården för att träna på tyska språket. P.g.a. Coronavirus sker detta digitalt per videosamtal. De möten uppskattades mycket av både barnen och de äldre. En boende som är 94 år tycker att det är en stimulans för hennes hjärna som hon behöver. De äldre mår bra av möten med den yngre generationen och barnen lär sig mycket av de äldre och har skrivit kort till Kungsgårdens pensionärerna.

Enheten arbetar även med kommunens arbetsmarknadsavdelningen och har anställd extratjänster och nystartsjobb. Det stärker Kungsgårdens ekonomi samtidigt som enheten gör en insats för samhället. Insatserna skapar en win-win situation för Upplands-Bro kommun. De anställda är mycket uppskattad av de boenden på Kungsgården, samtidig skapar kommunen jobb och meningsfullt innehåll samt att arbetslösa personer få möjligheterna att komma vidare på arbetsmarknaden.

Kungsgården arbetar tillsammans med biståndsenheten. Biståndshandläggarna utreder och bedömer insatserna på Kungsgården. Kvalitén är beroende av en god samverkan mellan Kungsgården och biståndsenheten, att samarbete fungerar bra syns exempelvis på att Kungsgården är alltid fullbelagt.

Kungsgården samarbetar med förebyggande enheten för äldre där arbetar bland annat demensspecialisterna och hälsopedagogerna som är expert på att främja den äldres hälsa och öka deras självständighet. Förebyggande enheten finns för Kungsgården som stöd vid olika frågeställningar kring åldern, aktivering och demens för att höja kvalitén i verksamheten.

Kungsgården får också hjälp av kommunens syn-och hörselkonsulent för att få stöd gällande hanteringen av hörapparaterna. Forskningen visar att om man tidigt kan få hjälp med en hörselnedsättning ökar den kognitiva förmågan och framförallt den boendens livskvalitet. Genom hjälp av syn-och hörselkonsulenten kan de boenden på Kungsgården få hjälp att fokusera på uppgifterna och slippa oroa sig för att missa något som sägs.

I somras kunde Kungsgården återuppta samarbetet med kommunens volontärsverksamhet och volontärerna kunde besöka några boenden i trädgården utifrån säkra förutsättningar, såsom munskydd med mera. Detta uppskattades enormt av alla.

8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

På grund av Corona har samverkan inte varit fokus och all personal och ledningen hoppas på en snart vändning.

Samarbete med Norrgården ska förbättras under 2022 och det ska anordnas regelbundna möten med ledningen.

9 Riskanalys

Kungsgården arbetar flitig med riskanalysen.

Riskanalyser, upprättas vid inflyt samt vid behov, när en risk uppmärksammas samt vid behov när en avvikelse upprättas. Detta sker i multiprofessionellt team med omsorgspersonal, SSK, rehab och ledning. Gruppen lyfter och reflekterar kring risken och hur man på bästa sätt kan arbeta för att förebygga att risken uppstår. Dessa lyfts under kvalitetsråd samt APT. Kontaktperson/ersättare har dokumentationstid en gång i veckan där man går igenom brukarens dokumentation och akt pärm för att säkerställa att Kungsgården arbetar utifrån ett rättssäkert sätt. Då ingår bl.a att följa upp riskanalyserna för brukaren, säkerställa att åtgärderna är utförda, och vid behov att revidera eller upprätta en ny riskanalys bjuda in teamet. Om riskanalysens åtgärd innebär förändrat till exempel förändrat arbetssätt skall detta skrivas in i Genomförandeplan så att riskanalysen blir ett levande dokument som genomsyrar det dagliga arbetet.

9.1 Genomförda riskanalyser

På Kungsgården genomförs för varje boende en riskanalys vid inflyt. Förutom detta genomfördes olika riskanalyserna, se nedan några exempel:

- Risk för brand.
- Risk för smittan Covid efter sjukhusbesök.
- Risk för fall vid förflyttning.
- Risk för fall ur säng.
- Risk för depression.
- Risk för oro p.g.a. pandemi
- Risk för känslan av ensamhet/isolation.

9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

P.g.a. den ständigt ändrade förutsättningar under Coronavirus behöver enheten hela tiden bolla olika frågor i multiprofessionellt team för den boendes bästa.

En stor risk är att de äldre upplever en känsla av ensamhet och isolation. Därför skapades en ensamhets kommitté bestående av ett multiprofessionellt team som säkerställde att det anordnades olika aktiviteter och sinnestimulans. För att säkerställa besök utan att riskera att få in Coronavirus till Kungsgården anställdes en besöksvärdinna enligt smittskydds rekommendationer om säkra besök.

Se nedan några exempel av genomförda riskanalyserna och åtgärderna/resultat på Kungsgården:

Fall ur säng: Sängen sänktes till botten, rörelselarm fanns sedan tidigare. Det köptes in en fallskyddsmatta. Personalen möblerade om i lägenheten för att minska skada vid fall.
Resultat: Boende skadas inte allvarligt efter åtgärderna.

Risk för att brukare att lämnar boendet

Tips till personalen:

- Stimulera deltagarna och avled dem som söker sig till dörren.
 - Promenad varje dag, så ingen känner sig instängd.
 - Försöka minska på störande ljud, överstimulans som kan skapa oro.
 - Arbeta med struktur och kontinuitet..
 - Sök orsaken: Uteslut medicinska orsaker, kolla levnadsberättelse osv.
 - Det finns foto på alla boenden, så att personalen kan beskriva personen ifall att det behövs. Samtycke finns.
 - Observera vilka kläder har personen på sig så att du alltid kan komma ihåg ifall att det behövs.
- Säkerställa att dörren alltid går igen när man lämnar våningsplanen.

Om någon försvinner/saknas

1. Sök! Glöm inga rum och lås upp alla stängda utrymmen.
2. Tag reda på tiden för försvinnandet (Vem såg personen sist?)
3. Kontakta tjänstgörande sjuksköterska och enhetschef. Organisera sökning, utse samordnare.
4. Sök igenom och meddela andra våningar (Glöm inte källare och andra utrymmen)
5. Har den demenssjuke varit borta mer än 30 minuter:
Meddela anhöriga och kontakta polisen tel. akutnummer 114 14 alternativt 112.
6. Ta fram beskrivning, foto.
7. Frigör personal och börja leta utomhus.
8. Om media vill ha information hänvisa till enhetschef (Chefsberedskap finns kvällar, nätter och helger).
9. Om någon har försvunnit är det viktigt att leta lugnt och metodiskt. Bocka av alla rum.

Resultat: Ingen har avvikit från Kungsgården.

Risk för brand: Alla elektriska apparater måste tas bort från eluttag när det ej används. Brandrisken tas på alla största allvar på Kungsgården och all personal har genomgått en gedigen brandutbildning på brandstationen i Bro i november.

Resultat: Personalen arbetar förebyggande och är kunnig för i fall att det skulle hända.

Risk för covidsmittan efter sjukhusbesök:

Provtagningen sker via hemkomst från sjukhus. Brukaren ska hålla sig på sitt rum i väntan på provsvar.

Resultat: Ingen Covid smitta på Kungsgården 2021 bara en enstaka fall som inte smittades till andra. Kungsgården drabbades bara två gånger av Covid under pandemin. En gång 2020 och en gång 2022, både gånger kunde enheten kontrollera smittan att den inte spreds till andra avdelningar. Detta är resultatet av bra kvalitetsarbete gällande riskanalyserna och säkerställande att basal hygien och gällande rutinerna följs.

Risikanalys för Kungsgårdens budget: I spåren av Covid fanns det stor risk för att Kungsgården drabbas hårt ekonomiskt till följd av coronavirusets utbrott. Det handlade till exempel om högre kostnader för extra personal, övertidsersättning, skyddsutrustning, informationsinsatser och övriga anpassningar med mera. Därför var ledningen extra observant och har arbetat med bland annat följande:

- Året utmärks av ett extremt bra samarbete med enhetschefen och Socialkontorets controller. Kommunens controller hjälpte enhetschefen med hennes kompetens

att tolka och analysera Kungsgårdens ekonomiska siffror och med extra vägledning i denna extrema situation. Enhetschefen och kontrollern träffades nästan varje månad för att analysen, uppföljningar av resultatet och en gemensam övervakning av Kungsgårdens ekonomi.

- Kungsgårdens enhetsledare har haft intensivt samarbete med kommunens bemanningscontroller för att se att effektiviteten maximeras utan att minska på kvalitén på Kungsgården.
- Genom en stark helhetssyn och ett arbetssätt utifrån kommunens filosofi helhetssyn, engagemang och professionalitet lyckades Kungsgården av en av få boenden i hela Sverige att bevara ett fint ryckte som stor för hög kvalitet och trygghet trots pågående pandemi. Därför finns en väntelista till Kungsgårdens äldreboende vilket säkerställer intäkterna för kommunens vård- och omsorgsboende.
- Personalen har varit noggrant med att markera alla kostnader för COVID via ett extranummer 1129 för att säkerställa en översikt och grundläggande analys i framtiden.

Resultat: Utifrån omständigheterna kan enheten vara stolt över sin ekonomiska resultat för året vilket beskrevs i verksamhetsberättelsen närmare.

Risikanalyser psykosociala följder av pandemin för de boenden på Kungsgården

På Kungsgården arbetade enheten förebildlig med basal hygien och följde föreskrifterna från kommunens MAS (medicinsk ansvarig sjuksköterska) smittskydd Stockholm, vårdhygien och myndigheterna i god samarbete med HSE (häls- och sjukvårds) enheten för att skydda de äldre för den extremt smittsamma Coronaviruset.

På grund av Coronavirus och de följande restriktionerna fanns stor risk för psykisk ohälsa bland de äldre. Det har varit en stor utmaning för Kungsgårdens ledning att hålla balansen mellan säkerhet för de äldre och känslan av att leva så självständig som möjligt och ett värdigt liv.

Ledningen fick i följd av ständig ändrade restriktionerna, förutsättningar och i hela landet regelbundet tänker över rutinerna och reglerna. Detta skedde i samarbete med kollegorna i kommunen, personalen, anhöriga och de boenden. Stor vikt har här enhetens brukarråd så att de boende kände sig hörda.

Pandemin har utmanat och skapat stress hos de äldre men även bland personalen.

Enheten har varit i kris under en lång tid och det har varit en stor påfrestning för de boenden, anhöriga och personalen på Kungsgården.

En lärdom har varit vikten av återhämtningen för att minska risken för utbrändhet. På Kungsgården har man bland annat arbetat med handledning, närvarande ledarskap och möjlighet till stödsamtal.

Resultat: I samtal med personalen där man diskuterade hur personalen orkade att fortsätta att ge sitt yttersta för de boenden på Kungsgården trots tuffa omständigheterna i en pågående pandemi kom det fram att det nära ledarskapet samt en bra kommunikation har varit framgångsfaktorerna. Att Kungsgården lyckades även i den punkten visar att Kungsgården fick utmärkelse årets arbetsplats.

10 Genomförda externa granskningar

Kommunens MAS och kvalitetsavdelningen granskade Kungsgården och fick godkänt.

10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Enheten behöver ser över att man inte slarva med att låsa dokumentaskåp.

Vissa språksvårigheter föreligger i kommunikation och vid dokumentation men på övergripande nivå klarar personal att kommunicera och dokumentera. I dagsläget finns det en handlingsplan för en medarbetare som är språksvag. Två av personalen är anmälda för språkbudsutbildningen, detta innebär att de få extra kunskap inom att handleda kollegorna inom svenska språket. 6 personer är anmälda till en kurs i yrkessvenska som kommer att anordnas 2022.

Egenkontroller genomförs gällande hygienrutiner, social dokumentation, livsmedelhygien och brand. Verksamheten visar underlag för egenkontroll av brandskydd, månadsvis samt social dokumentation. Viktigt att egenkontrollen sedan kopplas till kvalitetsgruppens arbete, den röda tråden. Vilket inte gick att utläsa genom uppvisad dokumentation.

Ledningen har sett över dokumentationen av egenkontrollerna och säkerställa en tydlig uppföljning där resultatet redovisas skriftlig efter varje kontroll samt möjliga åtgärder.

Det finns beskrivet på vilket sätt brukaren (företrädare) varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen, dock inte dokumenterad hur brukaren har varit delaktig. Ledningen påminner all personal om vikten att tydliggöra detta. Uppföljning/kontroll om det genomförs sker under 2022.

11 Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden

Visionen för Kungsgården är att Kungsgården ska fortsätta att ge personcentrerad, sammanhållen vård och omsorg och både tillgodose omvårdnadsbehov, sociala behov och vårdbehov. Kungsgårdens mål är att möjliggöra för de äldre att leva så självständiga som möjliga och detta i värdighet!

För att nå dit kommer Kungsgården att arbeta under 2022 i ännu högre grad med:

- **Aktiviteterna** och aktivitetsstrukturerna

-**Rutinerna**. Det finns bra rutiner på Kungsgården. De ska läggas fram på ett bra sätt att de är lätt tillgängliga och försätlig även för vikarierna.

- Fortsatt arbetet med **värdegrund, bemötande och det salutogene förhållningssätt**.

-Fortsatt arbetet med **måltidssituationen**.

Visionen för Kungsgården är att Kungsgårdens demensavdelning ska bli en av de bästa demensavdelningar i Sverige. Därför kommer Kungsgården att arbeta med följande:

- Ökad kunskap inom demens.
- Utveckling av arbetet med bemötandeplanerna.
- Utveckling av kvalitén för aktiviteterna och sinnestimulans för personer med demens.
- Utveckling av anhörigarbetet vid demens.

2022 kommer enheten att ha en biträdande enhetschef vilket kommer att säkerställa det nära ledarskapet i ännu högre grad och kommer att bidra till en ännu högre patientsäkerhet.

Alla punkter följs upp i verksamhetens månatliga kvalitetsråd. Vid årets första planeringsdag kommer det att göras en handlingsplan med tid-och ansvarsplaneringen för att säkerställa att allt genomförs enligt planen. Slutliga utvärdering genomförs av ledningen i slutet av året.



Kvalitetsberättelse 2021

Norrgården

Innehållsförteckning

1	Syfte och mål.....	3
2	Verksamhetsinriktning och ansvar	4
	2.1 Målgrupp	4
	2.2 Uppdrag och ansvar	4
3	Föregående års identifierade förbättringsområden.....	5
4	Egenkontroll.....	6
	4.1 Identifierade förbättringsområden	6
	4.2 Egenkontrollplan.....	6
5	Brukarundersökning.....	10
	5.1 Genomförda brukarundersökningar	10
	5.2 Resultat av brukarundersökning	10
	5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	10
6	Synpunkter och klagomål.....	11
	6.1 Sammanställning synpunkter.....	11
	6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	11
7	Avvikelsehantering.....	12
	7.1 Avvikelser och förbättringsförslag	12
	7.2 Lex Sarah.....	13
	7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	13
8	Samverkan	14
	8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	14
9	Risakanalys	16
	9.1 Genomförda riskanalyser.....	16
	9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	16
10	Genomförda externa granskningar	17
	10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	17
11	Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden	18

1 Syfte och mål

En kvalitetsberättelse ska beskriva hur verksamhetens kvalitetsarbete för föregående år har bedrivits. Den ska ge svar på vilka resultat som har uppnåtts inom verksamhetens kvalitetsarbete samt vilka åtgärder som är vidtagna för att säkra kvaliteten.

Kvalitetsberättelsen ska vara till nytta för verksamheten själv. Där ska såväl medarbetare som verksamhetsansvariga kunna identifiera förbättringsområden och med detta lägga en plan för kommande arbete, med de prioriteringar som är mest angelägna att göra.

Den kvalitetsberättelse som skrivs på nämndnivå är en sammanfattning av de viktigaste identifierade delarna inom nämndens alla verksamheter och syftar till att ge politiken en uppfattning om helheten.

2 Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Norrgården är ett vård och omsorgsboende med heldygnsomsorg för personer som är 65+ med stora omsorgsbehov och för personer med utredd demenssjukdom och som har beslut om rätt till vård och omsorg enligt SoL. Boendet har totalt 48 lägenheter. 23 lägenheter är för personer med demenssjukdom och 25 lägenheter är omsorgsplatser. Verksamheten har två lägenheter avsedda för parboenden och ett akut rum för tillfälliga, akuta placeringar.

I boendet med heldygnsomsorg ingår eget lägenhetskontrakt till ett rum med köksdel och badrum/toalett samt hemsjukvård, omsorgspersonal dygnet runt och omsorg- och serviceinsatser utifrån behov.

Boendeenheten serverar alla måltider i de gemensamma matsalarna, samt erbjuder både individuella och gemensamma aktiviteter. Maten lagas i produktionsköket på Norrgården.

2.2 Uppdrag och ansvar

Kvaliteten i verksamheten ska fortlöpande utvecklas och säkras genom det systematiska kvalitetsarbetet. Personalen ska delta i kvalitetsarbetet och kunna lämna synpunkter i verksamheten i syfte att förbättra kvaliteten. Detta sker i det dagliga arbetet och genom månadsvisa kvalitetsråd där representanter från Hälso- och sjukvårdsenheten (HSE) enhetschef, enhetsledare, samordnare och omsorgspersonal ingår.

Enhetschefen, enhetsledare och samordnare ansvarar för verksamhetens kvalitetsarbete.

Undersköterskor och vårdbiträden ger individuell vård och omsorg och har ansvar att ge god kvalitet i omsorgsarbetet. Att insatserna ska vara av god kvalitet innebär att de ges så att den enskildes behov av stöd och hjälp tillgodoses.

HSE enheten ansvarar för att ge de patienter som bor inom särskilt boende den hälso- och sjukvård som den enskilda patienten är i behov av.

3 Föregående års identifierade förbättringsområden

Verksamhetens förbättringsområden 2020

- **Utveckla arbetet med måltiden och måltidsmiljön i verksamheten, öka antalet brukare som är nöjda.**
Under året 2021 har vi anställt två nya kockar till Norrgårdens kök. Kockarna har ökat samverkan med Norrgården, Kungsgården och Kvistaberg för att säkerställa kvalitet, utveckla kost, meny och måltidsmiljö och därmed öka antalet nöjda brukare.
- **Informera brukare och anhöriga för att öka antalet deltagare i brukarundersökningen.**
Antalet deltagande i brukarundersökningen minskade under 2020, detta troligtvis på grund av Covid-19. Verksamheten har fortsatt att arbeta med att informera anhörig genom mail, telefonsamtal och månadsbrev.
- **Fortsatt arbete med rutinerna för dokumentation**
Vissa rutiner har reviderats under året och tillägg ur nya perspektiv har tillkommit.
- **Fortsatt arbete med värdegrunden och värdegarantier**
Fyra tillfällen var inbokade för medarbetarna under 2021 för utbildning och arbete med värdegrund och värdegarantier, dessvärre gavs endast ett tillfälle till utbildning för vikarier och sommarpersonal under året.
- **Implementera fler rutiner gällande miljö och genomföra källsortering**
Verksamheten har utökat sophanteringen och källsorterar. Dock kvarstår sortering och vägning av matavfall att implementera under år 2022

4 Egenkontroll

Sammanfattning av årets egenkontroller


Verksamhetens egenkontroller ska utgå ifrån den enskildes delaktighet och självbestämmande. Insatserna ska vara rättssäkra, funktionsbevarande och effektivt utförda. Personalen ska ha ett rehabiliterande arbetssätt, möta den enskildes behov med ett värdigt bemötande och säkerställa den enskildes behov, förutsättningar och önskemål. Genom egenkontrollerna säkras verksamheten att gällande lagstiftning efterlevs och ger verksamheten förutsättning att identifiera förbättringsområden att vidare utveckla.


4.1 Identifierade förbättringsområden

- **Egenkontroll Dokumentation**
Arbeta med snabbare uppföljningar av genomförandeplaner.
- **Fortsatt arbete med värdegrunden och värdegarantier**
4 utbildningstillfällen var inbokade för medarbetarna under 2021 för utbildning och arbete med värdegrund och värdegarantier. Endast ett utbildningstillfälle gick att genomföra pga. covid-19. Vidare arbete under 2022 är planerat till 4 tillfällen
- **Fortsatt arbete med Stjärnmärkt**
De två utbildade Stjärnmärktinstruktörerna kommer vidare under 2022 att utbilda resterande personal på Norrgården och därav stjärnmärka verksamheten under år 2022.
- **Fortsatt arbete med BPSD och bemötandeplaner**
verksamheten behöver utbilda fler administratörer och öka arbetet med bemötandeplaner.
- **Utveckla arbetet med måltiden och måltidsmiljön i verksamheten**
Verksamheten fortsätter arbetet med att utveckla kosten, måltiderna och menyerna under 2022.
- **Sammanställning av egenkontroller**
Verksamheten har behov av ett nytt verktyg för egenkontroller. Egenkontrollerna finns utspridda över verksamheten och behöver samlas ihop på ett ställe.



4.2 Egenkontrollplan

4.2.1 Helhetssyn och samordning


Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Värdegrund och värdegarantier	Värdighetsgarantier beaktas vid varje samtal, planering, möte om och med våra boenden. Värdegrundsbildning hålls av ombud för nyanställda, timvikarier och semestervikarier vid fyra tillfällen per år	År  Mindre avvikelser	






Åtgärd	Slutdatum	Uppföljning	Status
utbildning Fyra tillfällen för utbildning är inbokade under år 2022	2022-12-31		

4.2.2 Självbestämmande och integritet

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD)	BPSD - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. Verksamheten har en BPSD administratör som tillsammans med sjuksköterska tar fram underlag för skattning, analys, insättning av åtgärder och utvärdering enligt det nationella kvalitetsregistret. I samband med detta upprättas även bemötandeplaner, vilka grundar sig i individens självbestämmande och är kopplade till levnadsberättelse och genomförandeplan. Detta sker löpande vid behov.	År  Ingen avvikelse	
Måltidssituation	kostombuden tittar på måltidsmiljö, personalens hygien, individens självbestämmande i måltidssituationen, matens upplägg, smak och lukt .	Kvartal  Ingen avvikelse	


4.2.3 Trygghet och rättssäkerhet

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Genomförandeplaner och social dokumentation	Målet är att 100% av brukarna har en digital genomförandeplan i Lifecare. Social dokumentation och genomförandeplaner granskas av arbetsledare och ombud genom egenkontroll varje månad. Verksamheten har fyra dokumentationsombud som tillsammans med arbetsledare planerar, stöttar övriga medarbetare och utför egenkontroll varje månad över genomförandeplanerna.	Kvartal  Ingen avvikelse	



Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Systematiskt Brandskyddsarbete (SBA)	SBA utförs fysiskt varje månad på Norrgården. Digitalt varje kvartal. Norrgården har två brandombud. Under året har inga större risker identifierats. Brandtillsyn har skett från brandmyndigheten under året, utan förelägganden.	Kvartal  Ingen avvikelse	
Arbetsmiljö (SAM)	Varje år görs rond i SAM i stratsys, tillsammans med enhetsledare, samordnare, arbetsmiljöombud och medarbetare i verksamheten. Riskanalyser och handlingsplaner har gjorts vid förändringar i verksamheten under året och identifierade arbetsmiljöproblem. På APT varje månad diskuteras arbetsmiljö vid en separat punkt.	Kvartal  Ingen avvikelse	
Livsmedelshygien	Varje dag görs kontroll av temperaturer etc. i köken. Varje månad gör kostombuden egenkontroll i avdelningsköken. 1 besök har gjorts från livsmedelsinspektören under året, utan några förelägganden.	Kvartal  Ingen avvikelse	
Hygien	Verksamheten har under året reviderat rutinerna gällande covid-19, varefter nya direktiv inkommit från smittskydd. Digital utbildning i hygien är utförd 2 gånger under 2021. Kontroll av följsamhet sker löpande och vid ett antal tillfällen har medarbetarna även gjort självskattnig. Hygienpärm med rutiner är uppdaterad under hösten 2021, vilket var ett av förbättringsområdet sedan 2020.	Kvartal  Ingen avvikelse	
Besiktning vårsängar och liftar	Rehab personalen utför årlig kontroll besiktning av vårsängar och liftar.	År  Ingen avvikelse	

4.2.4 Kunskapsbaserad och effektiv verksamhet

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
-------------------------------	----------------------	-------------------------	-----------

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Stjärnmärkt utbildning	Under hösten utbildades två medarbetare på Norrgården till "Stjärnmärktinstruktörer" vilka kommer att vidareutbilda all personal o verksamheten. Stjärnmärkt är en utbildningsmodell och ett bevis för att medarbetarna har fått grundläggande kunskap om demenssjukdomar och verktyg för att arbeta personcentrerat. De två utbildade Stjärnmärktinstruktörerna kommer vidare under 2022 att utbilda resterande personal på Norrgården och därav stjärnmärka verksamheten.	Kvartal  Ingen avvikelse	

4.2.5 Tillgänglighet och jämlikhet

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Klagomål och synpunkter	Vid varje persons inflytt tillhandahåller anhöriga och den boende information om hur klagomål och synpunkter lätt kan framföras. Detta ges som blankett tillsammans med broschyr och kontaktinformation om Norrgården. I varje entré finns även broschyr och information om att lämna synpunkter och klagomål. Varje månad kontrollerar samordnare att alla dokument finns tillgängliga för boende och anhöriga. Varje månad håller verksamheten brukarråd där frågan om synpunkter och klagomål tas upp	Kvartal  Ingen avvikelse	
Månadsbrev	Varje månad skriver verksamheten informationsbrev till anhöriga. Viktiga händelser, aktiviteter, information från Hälso och sjukvårdsenheten och information från köket meddelas anhöriga och boende.	Kvartal  Ingen avvikelse	

5 Brukarundersökning

5.1 Genomförda brukarundersökningar

Socialstyrelsens "så tycker äldre om äldreomsorgen" har inte genomförts under året.

5.2 Resultat av brukarundersökning

Resultat av brukarundersökningen 2020 som vi jobbar vidare med tills resultat för 2021 har kommit.

För att öka antalet deltagare informerar vi brukare, anhöriga och gode män muntligt, skriftligt, på brukarråd och anhörigträffar.

I de områden man tidigare 2020 kunde se en minskning av andel positiva svar har verksamheten arbetat något extra.

I frågan om det är trivsamt runt om kring ditt boende har en minskning skett från 86% 2019 till 82% 2020. en minskning med 4 %. Där har vi försökt att skapa ytterligare trivsel i vår trädgård. vi har införskaffat hönsgrädd med höns. Köpt nya utemöbler och satsat på trivsel i vår trädgård.

I frågan om hur maten smakar har en minskning skett från 70% 2019 till 69 % 2020. Minskat med 1 %. Vi har infört tre-rätters meny på onsdagar dvs. "Lillördag" då vi även har köpt in extra fina dukar och tillbehör. Vi har genomfört samverkan med kockarna på brukarråden en gång i månaden, följt inkomna önsningar och förslag och därmed försökt att uppnå en meny för alla. Kockarna har även varit med på Kungsgårdens samverkan ett antal gånger gällande önskemål och förslag. Samverkan sker även mellan arbetsledarna på Norrgården, Kungsgården och Kvistaberg och kockarna varje månad för att stämma av kvalitet, meny, önskemål, temadagar och högtider. Grill en gång i veckan under sommarhalvåret har varit ett positiv inslag.

Under perioden gjorde Norrgården en egen kort mätning efter sommaren, om hur man upplever att maten smakar. Resultatet var då 86% positiva svar på Norrgården. Mätningen gjordes för att vi ännu oftare ska se hur vi ligger till.

Hur lätt är det att få kontakt med personalen vid behov 2019 82% 2020 81%. Minskning med 1% Vi har jobbat med kontaktmanskapet, där personalen även har fått gå på handledning under hela året. Vi kommer vidare 2022 att tala mer om kontaktmanskapet och utveckla detta mer.

5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Verksamheten arbetar fortfarande med tidigare resultat då resultat för 2021 inte inkommit.

6 Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål hanteras via kvalitetsrådet en gång/månad. Kvalitetsrådets protokoll hanteras vid varje APT. Rutiner för synpunkter och klagomål finns och är kända i verksamheten. Blankett för synpunkter och klagomål lämnas ut vid inflytt och finns även att hämta på varje avdelning. Brevlåda för synpunkter finns i verksamheten.

6.1 Sammanställning synpunkter

Verksamheten har under året tagit emot sammanlagt tre stycken klagomål och synpunkter. Alla klagomål har varit av den karaktär att de kunnat åtgärdats omgående i samråd med berörda. Inga av klagomålen har bedömts som missförhållande och utredningarna har avslutats. Enhetschefen har ansvarat för att adekvata åtgärder vidtagits och att uppföljning samt återkoppling skett.

6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Synpunkter och klagomål har skyndsamt behandlas genom kontakt med de berörda och snabbt åtgärdats. Synpunkter gällande dåligt vattnade blommor har behandlats genom åtgärdsplan och synpunkt gällande dålig städning och dåligt bemötande har behandlats i dialog med den personal det berör. Samverkan med berörda parter är utförd och åtgärder förankrade. Nya rutiner är i vissa fall upprättade med uppföljningar.

7 Avvikelsehantering

Alla medarbetare arbetar med avvikelserapportering. Fall, medicinsk och förbättringsavvikelse.

Avvikelsen lämnas till berörd ansvarig ex. sjuksköterska. I samråd på kvalitetsråd där chef, samordnare, representanter från varje avdelning, rehab och sjuksköterskor deltar, analyseras händelsen och en åtgärdsplan upprättas. Riskbedömning uppdateras av teamet. De beslut och förslag som kvalitetsrådet kommer fram till presenteras och diskuteras med övriga medarbetare på APT. Verksamhetens avvikelser och förbättringsförslag har bidragit till det förebyggande arbetet, utveckling av enhetens rutiner, främjat medarbetarnas delaktighet och bidragit till brukarnas säkerhet.

7.1 Avvikelser och förbättringsförslag

Norrgården har under 2021 upprättat:

14 Avvikelse och förbättringsförslag

69 Fallavvikelser

42 Läkemedelsavvikelser

Ett större antal avvikelse och förbättringsförslag avser avvikelser gällande larm som inte har fungerat som det ska. Boende som har larmat, utan att larm har nått personalen. Flera avvikelser uppstod under samma tid på flera avdelningar och då problemet snabbt identifierats, åtgärdades problemet omgående. Även avvikelser avseende kommunikationen från Rehabpersonal till omvårdnadspersonal är vanlig. Detta då Rehabpersonal skrivit ordination under "flik 9" i Sol pärm, vilket inte uppmärksammats av omsorgspersonal. Ett antal medicinska avvikelser avser personal som har glömt att signera medicin. Antalet fallavvikelser har minskat betydligt och från 113 avvikelser år 2020. Dessa avser personer som fallit flera gånger och en stor orsak till dessa fall har varit en snabb kognitiv försämring i sin sjukdom som inte upptäckts eller åtgärdats i tid. Fallavvikelse vid förflyttning mellan säng och toalett har även varit en del av fallavvikelserna.

Varje avvikelse har inneburit ett förtydligande av rådande rutin. En utveckling och ökad kunskap sker. Snabba kognitiva förändringar hos boende kräver snabbare insatser. Verksamheten inför fler kognitiva självskattningar för att öka chansen att synliggöra snabba förändringar hos boende. Verksamheten behöver även arbeta mer med verktyg som BPSD registret för att skapa en tydlig struktur i omvårdnaden. Ett fortsatt arbete att säkerställa kommunikationen mellan sjuksköterska och Rehabpersonal måste göras.

7.2 Lex Sarah

Verksamheten har inte upprättat någon lex sarah rapport under 2021. En förklaring kan vara att verksamheten har haft låg beläggning och gott om personal under året.

7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

8 Samverkan

Samverkan har varit en viktig del i vårt kvalitetsarbete för att arbeta förebyggande, identifiera eventuella brister och för att säkerställa kvalitén i verksamheten.

Under året har enheten haft stående intern samverkan såsom

- APT varje månad
- samverkan varje vecka med HSE
- facklig samverkan
- utbildningsförvaltningen genom ledningsgruppen i yrkesrådet som är en samverkan gällande omsorgens alla utbildningar.
- vuxenutbildningen
- biståndsenheten
- bemannings koordinatör för Timecare schemaplaneringssystem och vikariepool
- kvalitetsråd.
- arbetsmarknadsenheten
- samverkan med köket
- förebyggande enheten
- kungsgården
- transport och servicegruppen

Extern samverkan

- Finskt förvaltningsområdes representant som spelar musik i verksamheten
- hyresvärden Upplands bro hus en gång/månad
- chef för lokalvård en gång/månad
- ung omsorg som kommer varje söndag och har samvaro med boende
- 9 solution, trygghetslarm
- Svenska kyrkan Upplands-Bro
- Härneviskolan

8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Norrgården vill under 2022 utveckla samverkan med skolan för att utveckla mötet mellan äldre och yngre generationer.

Utveckla samverkan med förebyggande enheten gällande demenssjukdom

Utveckla samverkan med ledningsgrupperna för Kungsgården och Norrgården för att bidra till samarbete.

9 Riskanalys

Riskanalyser har gjorts inför förändringar i verksamheten, inför schemaändringar, inför boendes inflytt, vid renoveringar, vid förändringar i arbetsmiljön. Riskbedömningar och handlingsplaner utförs på både brukarnivå och på en övergripande organisatorisk nivå. Dessa upprättas löpande i verksamheten och reviderats vid förändrade förhållanden. Riskanalyserna genomförs i grupp med de som berörs och lyfts sedan på kvalitetsrådet och APT.

9.1 Genomförda riskanalyser

Riskanalyser som genomförts ur brukarfokus under 2021 är riskanalys vid minskad bemanning, resursplanering, ombyggnation, förändring av arbetssätt, risk för smitta av covid och risker för fall. Medarbetare får tillsammans diskutera och uppmärksamma eventuella risker och åtgärder.

9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Minskad bemanning och resursplanering

Riskanalyser har bidragit till ett ändrat arbetssätt där man täcker upp och backar varandra genom att hjälpa till på de avdelningar behov finns. Resursplanering har bidragit till ökat samarbete och arbete över gränserna. Riskanalyser har även visat att möjlighet inte finns att minska bemanning på en avdelning på grund av vårdtyngd.

Ombyggnation

Vid ombyggnation har extra säkerhetsåtgärder satts in i ett tidigt skede.

Förändrat arbetssätt

Vid förändrat arbetssätt har riskanalysen givit medarbetarna möjlighet att reflektera hur de arbetar och se andra bättre metoder att arbeta med boenden. Att effekten har varit god för den boende.

Risk för smitta av covid

Riskanalysen har varit ett sätt att säkerställa smittskyddet för andra boende och medarbetare.

Riskanalys vid risk för fall

Har varit ett sätt att säkerställa boendes säkerhet och därmed har man minskat risken för skada. Medarbetare får tillsammans diskutera och uppmärksamma eventuella risker och åtgärder.

10 Genomförda externa granskningar

Kvalitetsavdelningen och MAS har haft granskning och uppföljning på verksamheten

10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Förbättringsområden finns gällande rutiner för nycklar till boendes lägenheter, gällande förvaring av dokumentation i brandsäkra skåp, rutin för driftstopp, gällande skriftlig rutin på vilket sätt boende deltagit i upprättande av genomförandeplanen, gällande skriftlig rutin vid förvaring av boendes privata medel. Uppmärksammade brister och rutiner ses omedelbart över. Kontakt med fastighetsägaren tas gällande brist på nycklar till lås. Brandsäkra skåp införskaffas.

11 Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden

- **Fortsatt arbete med värdegrunden och värdegarantier**
Fyra tillfällen var inbokade för medarbetarna under 2021 för utbildning och arbete med värdegrund och värdegarantier. Dessvärre gavs endast ett tillfälle till utbildning för vikarier och sommarpersonal under året och ny plan för utbildningar 2022 måste upprättas och mätas genom egenkontroll.
- **Dokumentation och uppföljningar**
Arbeta för effektivisering och minska ledtiderna för vårdplanering, genomförandeplaner och uppföljningar av genomförandeplanerna.
- **Fortsatt arbete med värdegrunden och värdegarantier**
Fortsätta utbildning och arbete med värdegrund och värdegarantier, utbilda fler som kan utbilda vidare.
- **Förbättra brister i rutiner identifierat vid kvalitetsuppföljning**
Förbättringsområden finns gällande rutiner för nycklar till boendes lägenheter, gällande förvaring av dokumentation i brandsäkra skåp, rutin för driftstopp, gällande skriftlig rutin på vilket sätt boende deltagit i upprättande av genomförandeplanen, gällande skriftlig rutin vid förvaring av boendes privata medel. Uppmärksammade brister och rutiner ses omedelbart över. Kontakt med fastighetsägaren tas gällande brist på nycklar till lås. Brandsäkra skåp införskaffas.



Kvalitetsberättelse 2021

Hemtjänst och servicehus

Innehållsförteckning

1	Syfte och mål.....	3
2	Verksamhetsinriktning och ansvar	4
	2.1 Målgrupp	4
	2.2 Uppdrag och ansvar	4
3	Föregående års identifierade förbättringsområden.....	5
4	Egenkontroll.....	6
	4.1 Identifierade förbättringsområden	6
	4.2 Egenkontrollplan.....	7
5	Brukarundersökning.....	8
	5.1 Genomförda brukarundersökningar.....	8
	5.2 Resultat av brukarundersökning	8
	5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	8
6	Synpunkter och klagomål.....	9
	6.1 Sammanställning synpunkter.....	9
	6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	9
7	Avvikelsehantering.....	11
	7.1 Avvikelser och förbättringsförslag	11
	7.2 Lex Sarah.....	11
	7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	12
8	Samverkan	13
	8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	13
9	Risakanalys	14
	9.1 Genomförda riskanalyser.....	14
	9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	14
10	Genomförda externa granskningar	15
	10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	15
11	Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden	16

1 Syfte och mål

En kvalitetsberättelse ska beskriva hur verksamhetens kvalitetsarbete för föregående år har bedrivits. Den ska ge svar på vilka resultat som har uppnåtts inom verksamhetens kvalitetsarbete samt vilka åtgärder som är vidtagna för att säkra kvaliteten.

Kvalitetsberättelsen ska vara till nytta för verksamheten själv. Där ska såväl medarbetare som verksamhetsansvariga kunna identifiera förbättringsområden och med detta lägga en plan för kommande arbete, med de prioriteringar som är mest angelägna att göra.

Den kvalitetsberättelse som skrivs på nämndnivå är en sammanfattning av de viktigaste identifierade delarna inom nämndens alla verksamheter och syftar till att ge politiken en uppfattning om helheten.

2 Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Upplands-Bro hemtjänst bedriver hemtjänst inom LOV, Bro och Kungsängen servicehus och nattpatrull. Hemtjänst utförs enligt biståndsbeslut, till personer som bor i ordinärt boende och servicehus. LOV verksamheten i Uppland-Bro är indelad i 2 geografiska områden, Bro och Kungsängen- Tibble hemtjänst. Hemtjänstlokaler är belägna Blomstervägen 7 i Bro och Torget 4 i Kungsängen. I samma adresser är även servicehusen belägna.

Under 2021 har Upplands-Bro LOV hemtjänst utfört i snitt 7500 tim/månad och kundantalet uppgick i slutet av året till 515 brukare som hade någon form av beviljad insats inom LOV hemtjänst. Nattpatrullen hade 539 brukare med aktuell biståndsbeslut.

Ansvarig för verksamheten är enhetschef. Utöver enhetschefen är enheterna bemannade med biträdande enhetschef och kundansvarige som har en arbetsledande roll samt 107 omsorgspersonal som utför insatser hemma hos brukare. LOV hemtjänsten bedriver hemtjänst samtliga veckodagar mellan 07.00- 22.00. Nattpatrullen bedriver hemtjänst mellan 22.00- 07.00, det finns ingen valfrihet när det gäller hemtjänst på nattetid.

Vårt mål är att våra kunder får leva ett värdigt liv, samt att varje kund får möjlighet att bo hemma självständigt under trygga förhållanden.

2.2 Uppdrag och ansvar

Enheten ansvarar för att planera och utföra de insatser som beviljats till individer utav biståndshandläggare.

Enhetschef har det yttersta ansvaret för att säkra och utveckla kvaliteten.

Enheten har månadsvisa kvalitetsråd där bland annat avvikelser, synpunkter och klagomål följs upp på övergripande nivå. Kvalitetsrådet består av enhetschef/biträdande enhetschef, kundansvarig och omvårdnadspersonal. Information från kvalitetsråden lyfts på APT där medarbetarna får möjlighet att påverka.

3 Föregående års identifierade förbättringsområden

Året 2021 har präglats av rådande pandemi. Många insatser och åtgärder samt nya arbetssätt har införts under året med målet att minimera smittspridning. Enheten har fått ställa om i snabb takt vartefter ny information och nya kunskaper blivit tillgängliga samt utifrån hur viruset har spridit sig.

Enheten har under året försökt att arbeta strukturerat och systematiskt för att öka på kvalitén i enheten. Fortsatt pandemi har dock bidragit till att utvecklingsarbetet inte kunnat ske i samma uträkning som var planerat.

Följande frågor har haft fokus under 2021

- Förbättra kundnöjdhet
- Förbereda enheten för lagändringen gällande fast omsorgskontakt
- Påbörjat kvalitetssäkra alla enhetens rutiner
- Ökad kontinuitet

4 Egenkontroll

Sammanfattning av årets egenkontroller

Enheten arbetar aktivt med regelbundna egenkontroller. Det är viktigt att egenkontroller görs enligt riktlinjer och lokala rutiner för att säkerställa en god kvalitet i enheten. Dessa egenkontroller är ett led i kvalitetsarbetet. De flesta egenkontroller görs 2-4 ggr/år, men ett flertal görs varje månad/ varje vecka och några även dagligen. Dessa egenkontroller har utförts av enhetschef, biträdande enhetschef, kundansvarige. Egenkontrollerna dokumenteras och den som bedriver verksamheten kan därigenom visa att egenkontrollerna fungerar. Dokumentationen gör det även lättare för alla i verksamheten att göra på rätt sätt, underlättar uppföljningar och gör det enklare att hitta brister i verksamheten. Enhetschefen tar fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska förbättringsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, för att kunna leda, följa upp och utveckla verksamheten.

-Enheten genomför egenkontroll av beställda och genomförda insatser samt avvikelser en gång per månad för att undersöka att brukare får sin beviljade hjälp och tid, för att kvalitetssäkra att all besök planeras används planeringssystem Lifecare.

-Enheten genomför egenkontroll av livsmedelshantering en gång i veckan för att säkra en obruten kylkedja.

-Enheten genomför egenkontroll av Phoniro minst en gång i månaden för att kvalitetssäkra genomförandet av insatser hemma hos brukare.

- Enheten genomför egenkontroller av basala hygienregler och klädregler kontinuerligt

- Enheten genomför egenkontroller av genomförandeplaner löpande under året.

- Enheten genomför egenkontroller om Sol dokumentation löpande under året

- Enheten undersöker löpande av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet. Uppkomna brister tas upp på kvalitetsmöten, APT och omvårdnadsmöten. Dialog om förhållningssätt och attityder sker dessutom löpande i det dagliga arbetet.

4.1 Identifierade förbättringsområden

Enheten har identifierade under 2021 ett antal utvecklingsområden som man har påbörjat arbetat med, och det kommer man att fortsätta med även under 2022. Detta för att enheten på grund av pandemin, inte hunnit jobba med utveckling i den utsträckningen som man hade önskat.

-Fortsatt arbete med att öka kontinuiteten

-Alla brukare ska få en namngiven fast omsorgskontakt

- Förbättra och utveckla samverkan/informationsöverföring/ omvårdnadsmöten mellan olika roller både externt och internt för att säkerställa en god och säker omvårdnad till brukare

-Kunskapen om dokumentation behöver förbättras i enheten.

-Kvalitetssäkring och Implementering av rutiner fortsätter under 2022 för att säkerställa

en god och säker omvårdnad

4.2 Egenkontrollplan

5 Brukarundersökning

5.1 Genomförda brukarundersökningar

Under 2021 genomfördes ingen brukarundersökningar inom äldreomsorgen.

Enheten har däremot fortsatt sitt arbete med det som planerades för 2020. Det sista brukarundersökningen visade ett generellt positivt resultat. Kunderna har angett att de känner sig lyssnade på, personalen har ett gott bemötande och att de känner förtroende för våra medarbetare. Personalen kommer på den tid som är avtalad och tar sig tiden till att utföra insatserna och de blir utförda på ett bra sätt. Under 2021 har vi fortsatt arbeta med att skapa trygga möten för brukare och minska på sociala isoleringen som pandemin har orsakat för många.

2020 års brukarundersökningen visade behov av förbättring av tillgänglighet / komma i kontakt med hemtjänsten. Hemtjänsten har sedan 2020 en brukartelefon som är bemannad vardagar 08.00-15.00. Övriga tider har hemtjänsten telefonsvarare som lyssnas av dygnet runt och kontakt tas med brukare så fort som möjligt i så sätt har vi förbättrat våran tillgänglighet och förtydligat kommunikationsvägar till brukare.

5.2 Resultat av brukarundersökning

5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

6 Synpunkter och klagomål

Enheten arbetar med synpunkter och klagomål för att kunna ha en god kvalitet. Enhetschef/ kundansvarige/ omvårdnadspersonal informerar och lämnar blankett till brukare/närstående/anhöriga gällande synpunkter och klagomål. Vid klagomål sätts åtgärder in direkt och återkoppling sker till berörda parter så fort som möjligt. Nya rutiner har upprättats där behov av det har funnits. Enheten tar upp klagomål och synpunkter på kvalitetsrådet och på APT möten.

Omvårdnadspersonalen har fått information och utbildning för hantering av synpunkter, klagomål. Utbildning hålls en gång per år på APT mötet.

Enhetens rutin för hantering av synpunkter och klagomål

- Alla anställda inom socialförvaltningen ska lämna klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet på de fel och brister som man har uppmärksammat.
- Så långt det är möjligt ska klagomål och synpunkter åtgärdas omgående.
- Samtliga synpunkter och klagomål vidarebefordras till enhetschefen för vidare hantering och dokumentation.
- Enhetschefen utreder, åtgärdar, följer upp och återkopplar.
- Enhetschefen använder inkomna synpunkter och klagomål i enhetens kvalitetsarbete tillsammans med medarbetarna i syfte att förbättra kvaliteten i verksamheten.
- Enhetschefen ska löpande vidarebefordra synpunkter/klagomål samt vidtagna åtgärder till gemensam administration för sammanställning av statistik och redovisning till socialnämnden.

6.1 Sammanställning synpunkter

Under 2021 har enhet fått in 2 synpunkter/ klagomål.

Ett av dem har berört svårigheterna att komma i kontakt med enheten kvällar/helger. Hemtjänsten har under 2021 förtydligat kontaktvägar till hemtjänsten för att förbättra tillgängligheten.

Den andra klagomålet gäller att brukaren anser att det tar för lång tid (5 dagar) innan matlåda leveranser kommer igång efter att beslutet har fattats av biståndsenheten. Beställningar av matlådor görs till Bro köket och de behöver tid att kunna tillverka matlådor så vi kan inte skynda på den processen. Däremot erbjuder vi möjlighet att köpa matlådor från matbutiker och värma/ servera dessa för brukare som är i behov av akuta matlåda leveranser.

6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Enheten har under 2021 arbetat aktivt med att förbättra och förtydliga kommunikationsvägar och tillgängligheten till brukare. Hemtjänsten har sedan 2020 en brukartelefon som är bemannad vardagar 08.00-15.00. Övriga tider har hemtjänsten telefonsvarare som lyssnas av dygnet runt och kontakt tas med brukare så fort som

möjligt.

Förbättringar har skets men periodvis har det fortfarande svårt att komma i kontakt med hemtjänsten. Under pandemin har vi märkt att sociala samtal, det vill säga behovet att prata med någon har utökad. Det är många som ringer och det kan vara svårt att komma fram och brukare får stå i kö. Hemtjänsten har över 500 aktuella brukare av dessa har ca 300 minst 1 besök i veckan. Hemtjänsten har en kundansvarig som svarar på telefon hela sin arbetsdag. Vi har tagit fram statistik av inkomna samtal till hemtjänsten och ser att vi behöver stärka med en person till som svarar på telefon för att kunna besvara alla inkomna samtal i rimlig tid.

7 Avvikelsehantering

För att kunna bedriva en god och säker omvårdnad är det viktigt att enheten arbetar med förebyggande åtgärder för att minska risker för avvikelser. Därför uppmuntras medarbetarna att rapportera avvikelser och händelser. Detta för att man ska kunna utveckla omsorgen samt arbeta förebyggande. Enheten satsar aktivt på att alla medarbetare ska ha kunskap om enhetens rutiner för rapportering av avvikelser och känna till att de har skyldighet att rapportera och direkt åtgärda händelsen. Enheten följer förvaltningens skriftliga rutiner för hantering av avvikelser.

-Enheterna har kvalitetsmöten var fjärde vecka. Syfte är att löpande följa upp enhetens kvalitet enligt underlag för uppföljning som följer enhetens verksamhetsplan. På kvalitetsmöten diskuteras/analyseras samtliga inkomna avvikelser. På kvalitetsmöten deltar enhetschef, kundansvarig och 3- 4 omvårdnadspersonal från alla arbetsgrupper.

- De beslut och förslag som kvalitetsråden kommer fram till presenteras och diskuteras med övriga medarbetare på arbetsplatsträffar (APT). Arbetsplatsträffar finns det tillfälle att diskutera vilka förändringar och förbättringar som behöver göras.

7.1 Avvikelser och förbättringsförslag

Antalet inkomna avvikelser under 2021 är 92.

Avvikelserna rör bland annat insatser som uteblivit, försenade eller flyttats i tiden utan att kunden fått information om ändringen och då själva kontaktat oss.

Andra områden som berörs är brister i bemötande, brister i utförandet av insatser, uteblivet eller felaktigt använd skyddsutrustning, borttappade nycklar, bristande hantering av avfall som till exempel använd skyddsutrustning som lett till nedskräpning i samhället och i bilar.

Enheten fick även många avvikelser till en början när vår telefonväxel öppnades. Många upplevde att det blev svårt att komma fram och att det tog tid. Det var även otydligt gällande växelns öppettider och hur den fungerade.

Avvikelserna från externa enheter har berört kommunikation och svårigheter att komma i kontakt med enheten.

I dagsläget dokumenteras avvikelser på papper, enheten ser fram emot ett digitalt system för hanteringen av avvikelser för att säkerställa att hanteringen och förbättra arbetet.

7.2 Lex Sarah

Enheten har upprättat två lex Sarah rapport under år 2021.

En Lex Sarah handlar om att nattpersonalen har fått ett larm, omsorgspersonal åker hem till brukaren men kommer inte in porten då det digitala låset fungerar inte, nyckel som de har tagit med sig fungerar inte heller. Personalen ringer till brukaren och dennes

make och hem numret utan att få svar. Omsorgspersonalen ringer chefsberedskap för stöd och hjälp utan att få svar. Personalen kontaktar larmcentralen för att de ska ringa upp brukaren. Ingen kontakt fås med brukaren och då inga fler larm inkommer så tror personalen att brukaren fått hjälp från maken. På morgonen rapporterar man till kundansvarige och dagpersonal skickas hem till brukaren. Maken har under natten ringt till 112 och brukaren befinner sig på sjukhuset.

Anmälan har inte skickats till IVO

Den andra Lex Sarah handlar om att matlådor till en brukare har inte blivit levererade vid flertal gånger. Brukaren har haft mat hemma som hen har kunnat värma.

Anmälan har inte skickats till IVO

7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Utifrån genomförda utredningar enligt Lex Sarah har åtgärdsplaner tagits fram och direkta åtgärder ha vidtagits i verksamheten :

- Enheten ska alltid säkerställa att nycklar/digitala lås fungerar alla tider på dygnet
- Enheten behöver se över rutiner och upplägg för introduktion av ny personal, gäller även för personal med erfarenhet som kommer från andra enheter. Individanpassa introduktionen.
- Tillgängligheter till chefsberedskap ska säkerställas
- Uppdatering och implementering av rutinen om matlådeleverans

Trots en ökning av antalet omsorgsavvikelser så bedöms området fortsatt behöva utvecklas. I en verksamhet där dygnet runt-omsorg bedrivs bör omsorgsavvikelser ske och rapporteras dagligen. Utbildningsinsatser för såväl medarbetare som för chefer och samordnare behövs.

Ett annat utvecklingsområde som kvarstår sedan föregående år är att all avvikelshantering fortfarande sker via pappersblanketter och sammanställning via excel. För att säkerställa en rättssäker och en förbättrad process bör ett digitalt avvikelshanteringssystem etableras.

8 Samverkan

Upplands-Bro kommun har kallat till samverkansmöten en gång per halvår, LOV möten. Enheten har deltagit i alla tillfällen.

Biståndsenheten kallar en gång per termin kundansvarige till samverkansmöten angående kunder, enheten har deltagit i alla dess möten.

Vi har regelbunden kontakt med myndighetsavdelningen kring beställningar från biståndshandläggare och våra brukarens behov. Vi har samverkat med vårdcentraler, dagverksamheter, apotek, dietister och rehab runt arbetet med våra brukare.

Under året har enheten samverkat löpande bl.a. med kommunal hälso- och sjukvård avseende verksamheter i servicehus

Samarbete med olika skolor för vårdutbildningar sker också med att vi tar emot praktikanter.

Vi har arbetat med genomförandeplaner, planering och utförande av insatser och uppföljning av insatserna. Kvalitetssystemet utgår ifrån att brukaren alltid ska vara i centrum och att delaktighet är grunden till nöjdhet. Brukarens kontaktperson, enhetsledare har tagit kontakt med brukaren och närstående vid behov av t ex förändringar av insatser, för att följa upp och för att inhämta synpunkter och önskemål. Samverkan med närstående sker om brukaren ger sitt samtycke till detta.

Samverkansmöte har holts tillsammans med regionens ASIH som bedriver vård i kommunen. Vi har ofta gemensamma kunder och då ett behov av kommunikation. Vi fick då även information om att det finns fler företag som bedriver ASIH vilket kan försvåra för oss att veta vilken aktör som vi delar ansvar med.

Vi ser att det finns behov av samverkan med de vårdcentraler som finns i kommunen. Under året har kontakt tagits i försök att starta upp det men ännu har inga möten hållits.

8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Samverkan mellan biståndsenheten och hemtjänst utförare behöver förbättras. Kommunikationen behöver stärkas där brukarens behov ligger i fokus.

Samverkan med kommunens vårdcentralerna behöver startas upp för brukarnas bästa. Det skulle leda till förbättrad kommunikation samt möjlighet att utveckla rutiner.

9 Riskanalys

Enheten genomför riskanalyser på individnivå både gällande brukare och omvårdnadspersonal. Om upptäckta risker inte går eliminera omgående så upprättas handlingsplaner som följs upp på kvalitetsmöten. Enheten har tagit hjälp från arbetsterapeuten för att kunna bedöma risker i omvårdnadspersonalens arbetsmiljö.

9.1 Genomförda riskanalyser

9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

10 Genomförda externa granskningar

Inga externa granskningar har genomförts 2021 i verksamheten.

10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

11 Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden

Enheten behöver utveckla och förbättra skriftliga arbetsrutiner och arbetssätt och göra dessa kända för berörda medarbetare i samband med enhetens uppföljning genom månatliga APT. I och med detta säkerställs att medarbetarna arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. Enheten behöver utveckla och förbättra även arbetet med kontaktmannaskap, kontinuitet och dokumentation.

Fortsatt arbete under våren 2021 med att öka tryggheten för våra kunder. Arbetet med kontaktmannaskap/ fast omsorgskontakt har startats upp och behöver kontinuerligt utvecklas och utvärderas. Ansvaret som fast omsorgskontakt ska dokumenteras i en rutin så att det blir tydligt för våra medarbetare.

Alla kunder ska tillhandahålla en mapp med information och kontaktuppgifter under våren 2021.

Alla rutiner ska gås igenom och uppdateras i en ny mall så att de får en tydlighet och struktur som är gemensam. Arbetet kommer ske parallellt med andra uppgifter under året.

Starta upp arbetet med egenkontroller och arbeta med dessa under året. Kontakt med kvalitetsavdelningen kommer tas under våren för ytterligare information om arbetet.

Starta samverkan med vårdcentralerna i kommunen under 2022.

Åtgärder och förbättringar som beskrivs kommer att planeras vidare och följas upp av enhetschef/ biträdande enhetschef på enheten.



Kvalitetsberättelse 2021

Destinys Care AB



Innehållsförteckning

1	Syfte och mål.....	3
2	Verksamhetsinriktning och ansvar	4
	2.1 Målgrupp	4
	2.2 Uppdrag och ansvar	4
3	Föregående års identifierade förbättringsområden.....	8
4	Egenkontroll.....	9
	4.1 Genomförda egenkontroller.....	9
	Egen kontroll har gjorts med enighet med SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 1 § och HSLF-FS 2017:12. Verksamhetens kvalitet säkerställs, följs upp och utvärderas genom egenkontroll. Kontrollerna syftar till att säkerställa att gällande lagstiftning efterlevs och tjänar som underlag för att utvärdera och identifiera förbättringsområde.	9
	4.2 Resultat av egenkontroller	13
	• Resultat	13
	4.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	15
5	Brukarundersökning.....	17
	5.1 Genomförda brukarundersökningar	17
	5.2 Resultat av brukarundersökning	17
	5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	17
6	Synpunkter och klagomål.....	18
	6.1 Sammanställning synpunkter.....	18
	6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	18
7	Avvikelsehantering.....	19
	7.1 Avvikelser och förbättringsförslag	19
	7.2 Lex Sarah.....	20
	7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	20
8	Samverkan	21
	8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	21
9	Risکاناليس	22
	9.1 Genomförda riskanalyser	22
	Matlådor:	23
	9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	23
10	Genomförda externa granskningar	25
	10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	25
11	Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden	26

1 Syfte och mål

Mål

Målet för verksamheten Destinys Care karakteriseras av långsiktighet för ökad stabilitet, förändring och utveckling inom de fem områdena kvalitet, ekonomi, kunder och medarbetare samt hållbarhet. Destinys Care styrelse har beslutat om att konkurrera enbart med kvalitet.

Det övergripande målet för 2021 var att förebygga smittspridningen av Covid 19. Detta mål har uppnåtts. Destinys Care klarade av hantering av Covid 19 på ett bra sätt. Det var ett bevis på den höga kompetensen hos ledningen och personalen på Destinys Care. Detta var också ett bevis på ett fungerande ledningssystem inom verksamheten.

Mål för 2022

- Att fortsätta att förebygga smittspridningen av Covid 19. Detta genom att följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer.
- Att alla medarbetare inom verksamheten Destinys Care ska ha tillräcklig kunskap för att kunna utföra sitt uppdrag på ett bra sätt. Detta genom en stor satsning på personalens kompetensutveckling. De personal som inte är undersköterskor kommer att erbjudas validerings kurser till undersköterska. Målet är att ca 90% av medarbetare inom verksamheten ska vara undersköterskor i slutet av 2022.
- Att öka kvaliteten och förbättra vård och omsorgen för våra brukare. Detta genom att utöka bemanningen och införa fast omsorgspersonal till alla våra brukare.
- Att arbeta för att uppnå hållbarhetsmålet utifrån den sociala aspekten dvs den mänskliga dimensionen, den ekonomiska aspekten och den klimat- & miljöaspekten. Detta genom bland annat att utöka kunskapen och höja medvetandet kring miljöfrågor hos samtliga medarbetare, ställa krav på och samarbeta med andra företag, beställare, leverantörer, myndigheter och organisationer samt att ta vårt gemensamma ansvar, planerar och arbetar för att uppnå de globala hållbarhetsmålen.
- Att hålla budget i balans. Detta trots extra kostnader relaterad till Covid 19 och de utökade energi och bränslekostnaderna under 2022.

2 Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Alla enskilda med biståndsbedömt insatsbeslut inom ramen hemtjänst, Ledsagar-och avlösarservice samt personlig assistans oavsett ålder.

2.2 Uppdrag och ansvar

Verksamhetsbeskrivning:

Destinys Care AB är ett aktiebolag med organisations.nr: 556 889–7382. Destinys Care startade sin verksamhet 2012-04 03. Destinys Care AB fick tillstånd att bedriva personlig assistans för 3 personkretsen enligt LSS från Socialstyrelsen 2012-06-18. Destinys Care har tillstånd att bedriva hemtjänst, ledsagar-avlösarservice i Upplands-Bro kommun sedan mars 2013. Nytt avtal skrevs i slutet av juni 2021. Destinys Care AB har också tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att bedriva hemtjänst, ledsagarservice, och avlösarservice i hemmet.

Destinys Care har sitt kontor på Femstenavägen 7 i Kungsängen.

Uppdrag:

1. Att utföra hemtjänstinsatser enligt SoL. Hemtjänst är en beteckning på en samling insatser som socialtjänsten beviljar med stöd av 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL).
2. Att utföra Ledsagarservice och avlösarservice enligt LSS
3. Att utföra personlig assistans enligt LSS

Destinys Care utför hemtjänstinsatser för cirka 100 brukare, avlösarservice i hemmet för 2 brukare, ledsagarservice för 5 brukare samt personligassistans för en brukare.

Övergripande mål:

- Det övergripande målet är alltid att skapa bra dagar tillsammans med individens behov i centrum och utifrån detta säkerställa att verksamheten är rätt bemannad med rätt kompetens samt följa upp verksamhetens kvalitet-, resultat och måluppfyllelse.

Vision

Bemötande - Alla människors lika värde är grundläggande!

Lyhörddhet - Vi utgår från att alla har olika behov och önskemål!

Kontinuitet - för brukarens trygghet!

Ansvar:

På Destinys Care finns en verksamhetschef (kallad nedan VC), två samordnare, en ekonomiansvarig och cirka 35 omsorgspersonal (undersköterskor, vårdbiträde, personlig assistans, ledsagare och avlösare). Omfattningen av tjänstgöringen är olika dvs deltid/heltid. Under hösten 2021 har verksamheten anställt en kvalitetsansvarig (under 5 månader).

Ansvar:

- **Verksamhetschefen (VC)** är ansvarig för Följande:
 - Ledningssystemets systematiska kvalitetsarbete inom verksamheten Destinys Care. Ledningssystemet säkerställer att det finns rutiner för alla insatser. Kvaliteten kommer att systematisk och fortlöpande utvecklas och säkras. Verksamhetschefen är ansvarig för att fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet.
 - Att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skall bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.
 - Att mål för verksamheten formuleras och att dessa mål uppnås.
 - Egenkontroll, analys, åtgärder, utvärdering och uppföljning.
 - Utredning och uppföljning av avvikelser och klagomål.
 - Arbetsmiljön och det systematiska arbetsmiljöarbetet. Hon är ansvarig för att se att det finns ett skyddsombud utvald av medarbetarna.
 - Budget och ekonomin och ser till att det finns lokaler, skyddsutrustning, IT-system, datorer, mobiler, bilar, arbetskläder.....
 - Anställning, avtal, försäkringar, rekrytering
 - Kompetensutveckling av personal.
 - Beställning och anordning av relevanta kurser och utbildningar (T.ex: brandutbildning, HLR; Förflyttningsteknik, webbaserade hygienkurser, Kommunikation, valideringskurser,...)
 - VC tillsammans med samordnarna är ansvariga för all kommunikation med brukarna, deras anhöriga och alla anställda samt kommunikation med de berörda verksamheterna dvs Försäkringskassan, kommunen, biståndshandläggarna, och Socialstyrelsen/IVO, hemsjukvården...
 - Arbetsträffar, möte, planeringsdagar, aktiviteter, informationsöverföring till personal.
 - Information till allmänheten i form av informationsblad, hemsida och eventuella andra sociala medier.
 - Information om verksamheten till andra aktörer, exempelvis genom att ta emot studiebesök eller närvara på olika möten.
 - Ansvarar för samverkan med berörda verksamheterna.
 - Sammanställning av verksamhetsberättelse och kundundersökningar.

- **Samordnaren:** Det finns två samordnare verksamma inom verksamheten Destinys Care.

Som samordnare ansvarar man för att, i nära samarbete med verksamhetschef, planera verksamheten så att våra brukare får en god och trygg vård och omsorg på rätt tid. Ibland innebär arbetet också att arbeta i den direkta hemtjänsten, hemma hos brukarna. Detta för att bedöma omvårdnadsbehovet vid en akut förändring i brukarens hälsotillstånd.

Samordnarna är ansvariga för följande:

- Administrativt arbete i form av ta emot och verkställa beslut.
- Att tillsammans med brukaren och, brukarens kontaktperson upprättar genomförandeplaner.
- Kommunikation och information mellan verksamheten, kommunen, brukare och personal, både på arbetsgruppsmöten och däremellan.
- Kommunikation och information mellan arbetsgrupp och ledningsgrupp.
- Administrativt arbete i form av planering, kallelser, dagordningar inför och minnesanteckningar efter möten och planeringsdagar med arbetsgrupp och ledningsgrupp.
- Att planera för och utföra det dagliga arbetet inom verksamheten.
- Att planera för utförandet av brukarnas insatser utifrån beslutet i vårt planeringssystem.
- Schemaläggning.
- Kontakt med biståndshandläggarna och brukarna samt deras anhöriga/föräldrar/legal företrädare.
- Genomgång av utförda insatserna och dokumentationer.
- Beställning av matlådor och ta emot matlådor
- Morgonrapport samt kontinuerlig rapportering till personal
- Att delta i det systematiska kvalitetsarbetet inom verksamheten.
- Att tillsammans med VC göra egenkontroller, ta emot, utreda, analysera, åtgärda, utvärdera och uppfölja avvikelser och klagomål.
- kommunikation med brukarna, deras anhöriga och alla anställda samt kommunikation med de berörda verksamheterna dvs kommunen, biståndshandläggarna, och hemsjukvården...
- Planera för personalens arbete.
- Se till att det finns skyddsutrustningar och annat nödvändigt material
- ”Hålla ihop” verksamhetens arbete, så vi arbetar åt samma håll.
- Driva och hålla i utvecklingen av den gemensamma verksamheten.

- **Kvalitetsansvarig:**

- Att vara kontaktperson (fast omsorgspersonal) till ett antal brukare.
- Att följa lagar och författningar samt att följa rekommendationer gällande minskning av smittspridningen (Covid 19)

3 Föregående års identifierade förbättringsområden

Förbättringsområde: Kompetensutveckling:

Hur har verksamheten arbetat med det?

- Fem personal har erbjudits validerings kurser till undersköterska under 2021.
- Ytterligare 3 personal erbjudits till validering kurser till undersköterska i början av 2022.

Resultat:

- En personal blev klar med sin utbildning och fick sin undersköterskeexamen i slutet av 2021.
- Fyra personal kommer att bli klara med sin undersköterskeutbildning i maj 2022.
- Tre personal blir klara med sin undersköterska utbildning i slutet av 2022.
- Föregående årsplan har följts.

Förbättringsområde: Utveckla och säkra kvaliteten inom verksamheten

Hur har verksamheten arbetat med det? Verksamheten anställde en kvalitetsutvecklare för att tillsammans med VC göra riskbedömningar och egenkontroller.

Resultat: Egenkontroller har genomförts i följande moment: Riskbedömningar och Egenkontroll av matlådor, kompetens hos personal, basala hygienrutiner, matlådor, larm.

4 Egenkontroll

4.1 Genomförda egenkontroller

Egen kontroll har gjorts med enighet med SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 1 § och HSLF-FS 2017:12. Verksamhetens kvalitet säkerställs, följs upp och utvärderas genom egenkontroll. Kontrollerna syftar till att säkerställa att gällande lagstiftning efterlevs och tjänar som underlag för att utvärdera och identifiera förbättringsområde.

Följande egenkontroller har gjort under 2021:

1. Egenkontroll av matlådor har gjorts enligt följande:

Syftet med egenkontroll av matlådorna är att tillgodose varje brukares näringsbehov, minimera risken för att kylkedjan bryts. Målet är också att varje brukare ska känna sig trygga med den mat de får. Maten ska hålla kvalitet och brukaren ska få en tillfredsställande matupplevelse.

- **Kunskap:**
 - Kontrollerar om det finns skriftliga rutiner för hantering av matlådorna
 - Kontrollerar om rutinerna är uppdaterade

- **Beställning av matlådor:**
 - Har kontrollerat om beställning av matlådor ha skett korrekt i systemet ”Mashie”.
 - Har kontrollerat om matsedlar har lämnats ut till brukarna i god tid
 - Har kontrollerat om brukarna har fått hjälp av personalen för att läsa och fylla i matsedeln.
 - Att matsedlarna, inklusive eventuell specialkost har registrerats och beställts korrekt.

- **Ankomst av matlådor:**
 - Har kontrollerat om förpackningar är hela, bäst-föremärkning och märkning av matlådans innehåll samt brukares namn.
 - Har kontrollerat om ytemperaturen mäts med IR-termometer i direkt anslutning till att matlådorna anländer och registrerats. Matlådans temperatur ska vara högst +8 grader.

Transport av matlådor:

- Har kontrollerat om matlådorna transporteras i godkänd kylväska samt kontrollerat att kylväskan är hel och ren innan den packas.

- Har kontrollerat om kylklampar används i kylväskorna. I de små kylväskorna används kylklamp i botten och de stora kylväskorna i botten och uppe på matlådan.
- Har kontrollerat om kylklampar förvaras i frysen när de inte används, så att de är ordentligt kalla vid användning, detta för att matlådans temperatur inte ska överstiga +8 C° under hela transporten.
- Har kontrollerat om matlådan ställas in i kylskåp om den inte ska ätas omedelbart.

Mathantering och matsituation hos brukare:

- Har kontrollerat om all mat med bruten förpackning har märkts med datum då den öppnats och är övertäckt när den förvaras i kylskåp. Förpackningar som används till att förvara mat i ska vara godkända att förvara livsmedel i.

2. Egen kontroll av basala hygienrutiner och rutiner för att minska risken för smittspridningen har gjorts enligt följande:

Syftet med egenkontroll av basala hygienrutiner var att kontrollera hur samtlig personal på verksamheten följer basala hygienrutiner och arbetar aktivt med att minimera risken för smittspridning av Covid 19. Målet är att undvika att smittspridning av Covid-19 sker och att ha ett långsiktigt arbete med att förbättra förutsättningarna i äldreomsorgen att ge en vård och omsorg av god kvalitet.

- **Kunskap-utbildning:**

- Har kontrollerat om det finns skriftliga rutiner för basala hygienrutiner
- Har kontrollerat om rutinerna är uppdaterade och är anpassade efter pandemin
- Har kontrollerat om all personal genomfört Socialstyrelsens webbutbildning gällande basala hygienrutiner och har gjort kunskapstestet.
- Har kontrollerat om alla anställda har skrivit på hygienavtalet.
- Har kontrollerat om personalen har kunskap om Socialstyrelsens föreskriften SOSFS 2015:10 om basala hygienrutiner inom vård och omsorgen.
- Har kontrollerat om personalen följer Folkhälsomyndighetens rekommendationer gällande smittspridning och hantering av Covid 19.

- **Skyddsutrustning:**

- Har kontrollerat om verksamhetschefen har tillhandahållit med personlig skyddsutrustning (CE-märkt munskydd IIR och heltäckande visir, handsprit, förkläder, handskar..).
- Har kontrollerat om personalen har fått information om hur och när dessa skyddsutrustningar ska användas.

- **Informationsöverföring:**

- Har kontrollerat information från verksamhetschefen gällande hygienrutiner och rutinerna gällande hantering av covid-19.
- Har kontrollerat antal vaccinerade (mot Covid) personal.
- Har kontrollerat om samverkan med berörda verksamheter gällande minskning av smittspridningen har fungerat.
- Har kontrollerat om personalen fått information kring hantering av Covid 19, dvs att stanna hemma vid symptom och provtagning.

3. Egen kontroll av registrering av utförda tider har gjorts enligt följande:

Syftet med egenkontroll av utförda och registrerade tider/insatser var att kontrollera beslut och planerings följsamhet. Detta för att säkerställa att brukarnas insatser utförs enligt beslut och i angivna tider. Ytterligare syftet med egenkontrollen var att kontrollera om registrering och dokumentationssystemet Life Care, LMO och Phoniro Care fungerar som det ska.

- **Kunskap:**

- Har kontrollerat om det finns skriftliga dokument angående hantering av Life Care och LMO tillgängligt för personal.
- Kontrollerat om alla personal har fått undervisning i registreringssystemet via mobilen "Life Care".
- Kontrollerat om det finns tillräckligt med mobiler och datorer tillgängligt för personalen.
- Kontrollerar om personalen får stöd av administrativa personal vid felregistrering

- **Felanmälningar:**

- Kontrollerat om administrativa personalen gör felanmälan gällande brister i systemet

- **Praktiska genomförandet**

- Kontrollerar antal icke registrerade insatser, fel registrerade insatser och manuell registrerade insatser/tider.

- **Tekniska genomförandet**

- Kontrollerar hur ofta systemet har varit nedlagd och hur administrativa personal har hanterat registrering av utförda tiderna

4. Egenkontroll av trygghetslarm har gjorts enligt följande:

Syftet med egenkontrollen var att säkerställa att den enskilde får ett snabbt, återkoppling och hjälp och att förebygga försämringar i den enskildes hälsotillstånd. Detta för att öka den enskildes trygghet.

- **Kunskap:**
 - Kontrollerar om det finns skriftliga rutiner för hantering av trygghetslarm.
 - Kontrollerar om det finns kontaktuppgifter till larmcentralen
 - Kontrollerat om all personal vet hur de ska svara på larm, hur snabbt de ska vara på plats och hur de ska kvittera larmet.
- **Ansvar:**
 - Kontrollera om det finns en larmansvarig vid varje arbetspass
- **Tekniska kontroller:**
 - Alla trygghetslarm har testats två gånger under 2021.
 - Kontrollerat om kommunens larmansvarige har kontaktas vid tekniska brister
 - Kontrollerat om avvikelser har skrivits vid händelser gällande trygghetslarm
- **Antal larm**
 - Kontrollerat rapporter från larmcentralen gällande verksamhetens antal larm, tider för uttryckning

5. Egenkontroll: Dokumentation

Syftet med egenkontrollen av dokumentationen var att säkerställa den enskilde trygghet och delaktighet i planering för utförandet av sina beslutade insatser.

- **Kunskap:**
 - Kontrollerar om det finns skriftliga rutiner för dokumentation
 - Kontrollerar om personalen har kunskap om Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL och LSS.
- **Genomgång av uppräta genomförandeplanen**
 - Kontroll av skrivna och inskickade genomförandeplan
 - Kontroll av genomförda uppföljningar
 - Kontroll av den dagliga dokumentationer

6. Egenkontroll: Kontaktperson-fastomsorgspersonal

- Kontrollerat om alla brukare har blivit tilldelade en kontaktperson/fast omsorgspersonal.

7. Egenkontroll: personalens kompetens

Syftet med denna egenkontroll var att göra en uppskattning av personalens kompetens och behovet av kompetensutveckling samt att ge personal möjlighet till kompetensutveckling för att stärka sin yrkesroll. Målet är att höja kompetensen i personalgruppen. Detta för att säkra och förbättra vård och omsorgen för våra brukare.

- Kontroll av personalens senaste kompetensutveckling
- Kontroll av antal anställda med undersköterskeutbildning
- Kontroll av antal anställda som har genomfört brand utbildning, HLR-utbildning, förflyttningsteknik, dokumentation,...
- Kontroll av antal anställda som går på valideringskursen till undersköterska.

8. Egenkontroll: Samverkan

- **Kunskap:**
 - Kontrollerar att det finns dokumenterade rutiner för hur samverkan med olika aktörer ska ske.
 - Kontrollera om det finns kontaktuppgifter tillgängliga till personal.
 - Kontrollerar att protokollen och information från olika samverkansmöten nås alla medarbetare.

4.2 Resultat av egenkontroller

Redovisa resultatet av genomförda kontroller.

1: Matlådor:

• Resultat

2021-11-19 Det har visat brister i användning av kylklampar då det inte har funnit tillräckligt många kylklampar ibland. Anledningen till att det har varit brist på kylklampar är för att de inte har återlämnats till verksamhetens lokaler. Fjorton nya kylklampar är nu införskaffade och personalen uppmanas till att använda dem. Det har inte förekommit avvikelser på temperaturen av matlådorna. Det har inte kommit in rapporteringar om misstänkt/ konstaterad matförgiftning hos brukare eller allergiska symtom.

Resultatet indikerar på att bristerna gällande hantering av matlådor och matsituation hos brukare har åtgärdats på korrekt sätt och att verksamheten nu ligger i fas med att efterfölja ovannämnda riktlinjer och policys. Syftet med att tillgodose näringsbehov är

en stor fokus i det dagliga arbetet hos varje enskild brukare. Det arbetas aktivt med att minimera riskerna för att bryta kylkedjan och dess följder. På detta sätt har verksamheten uppnått sitt mål med att tillgodose mat som håller kvalité till brukarna samt att personalen aktivt arbetar med att ge brukarna tillfredsställande matupplevelser efter enskilda brukares behov.

2: Basala hygienrutiner:

Antal personal med korrekt resultat för varje moment i förutsättningar för Basala hygienrutiner **september** månad;

- Korta ärmar: 70%
- Utan ringar: 80%
- Utan armband/ armbandsur: 70%
- Utan plåster/förband m.m.: 100%
- Korta naglar, utan nagellack/ konstgjort material: 4 personal av 10.
- Kort eller uppsatt hår/ skägg: 80%
- Uppsatt/ instoppad huvudduk: 1 personal.

50% av alla personal hade helt korrekt resultat i samtliga
--

Antal personal med korrekt resultat för varje moment i följsamhet till Basala hygienrutiner **september** månad;

- Handdesinfektion omedelbart före/ efter varje vård- och omsorgsmoment:
före: 80%
efter: 90%
- Handdesinfektion omedelbart före/efter användning av handskar:
före: 40%
efter 80%
- Användning av handskar; endast vid kontakt med/ risk för kontakt med kroppsvätskor: 10 av 10.
- Byte av inkontinensskydd/ toalettbesök/ personlig omvårdnad: 8 av 10.
- Baddning och av-/påklädning: 5 av 10.
- Hantering av smutstvätt/ avfall, städning/rengöring och desinfektion av ytor: 5 av 10.

8 av 10 personal hade helt korrekt resultat i samtliga kategorier.
--

Antal personal med korrekt resultat för varje moment i förutsättningar för Basala hygienrutiner **november** månad;

- Korta ärmar:
- Utan ringar:

- Utan armband/ armbandsur:
- Utan plåster/förband m.m.:
- Korta naglar, utan nagellack/ konstgjort material:
- Kort eller uppsatt hår/ skägg:
- Uppsatt/ instoppad huvudduk:

personal hade helt korrekt resultat i samtliga kategorier.

Kompetensutveckling: Föregående personal som gick valideringsutbildningen var det två av tre som slutförde den. Samtliga personal har deltagit i HLR-och brandutbildning samt Förflyttningstekniken

4.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Utifrån genomförda egenkontroller beskriver du här vilka förbättringsområden som identifierats samt genomförda och planerade åtgärder.

Matlåda: Genom att aktivt arbeta med att minimera risken med att kylkedjan bryts ökar man chanserna till att maten inte förorenas. Verksamheten gör dagligt arbete med att efterfölja ovannämnda riktlinjer och policys genom att kontrollera ytemperatur på matlådor, tillgodose näringsbehovet för varje enskild brukare.

Basala hygienrutiner: I och med bristerna i samtliga genomförda observationsstudier bedöms det att behovet av kontinuerlig utbildning, uppmuntran och reflektionstillfällen behövs. Det behövs sammanställas tydliga åtgärder som bör vidtas. Åtgärderna kan se ut på följande sätt:

- I samband med att anställningsavtalet skrivs på ska personen skriva på hygienavtal som förbinder man sig att följa Destinys Cares rutiner.
- Om någon identifieras som inte följer rutinen har all personal ett ansvar att påtala detta för kollegan samt så snart som möjligt informera närmaste chef/ hygienansvarig.
- Samordnare/ verksamhetschef/ hygienansvarig har snarast ett medvetandegörande samtal som skall dokumenteras.
- Berörd person ombeds att omgående rätta till eventuella brister. Om hen inte gör detta kan hen inte arbeta utan får då ta någon form av giltig frånvaro utan lön tills att bristerna har åtgärdats. Detta ansvarar verksamhetschefen för.
- Upprepad misskötsel kan leda till arbetsrättslig åtgärd.

Resultaten för observationsstudierna indikerar även på att fortsatta observationsstudier behövs genomföras kontinuerligt.

Kompetensutveckling: Ytterligare personal ska erbjudas valideringskurser till undersköterska

Fortsatt med årliga utbildningar i HLR och förflyttningstekniken.

Förbättra och eventuellt förlänga introduktionsdagarna.

Personal som jobbar inom LSS har fått kurser i kommunikation, förflyttningsteknik, barnrättigheter och barnkonventionen. Samt relevanta lagar och författningar inom LSS.

De har fått information om verksamhetens policy och rutiner kring **tvång och begränsningsåtgärder**.

5 Brukarundersökning

5.1 Genomförda brukarundersökningar

Destinys Care har inte genomfört några brukarundersökningar under 2021. Däremot har Socialstyrelsen brukarundersökning år 2020 används som underlag för diskussion och utvärdering av verksamheten utifrån ett brukarperspektiv.

5.2 Resultat av brukarundersökning

- 97% har de besvarade brukare tycker att de får bra bemötande från personalen.
- 82% av de besvarade brukare känner förtroende för personalen
- Är sammantaget nöjd med hemtjänsten
- 79% av de besvarade brukare tycker att personalen utför sina arbetsuppgifter bra
- 81% av de besvarade brukare tycker att personalen tar hänsyn till den äldres egna åsikter och önskemål
- 82% av de besvarade är nöjda samman-taget med den hemtjänst de har

5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Resultatet av Socialstyrelsens brukarundersökning diskuterades på APT och på planeringsdagen. Personalen har diskuterat i grupper och kommit med förslag till förbättringsåtgärder gällande ”förbättra utförandet av sina arbetsuppgifter”.

6 Synpunkter och klagomål

Det finns kända och dokumenterade rutiner för hur synpunkter och klagomål ska rapporteras. Det finns särskilda blanketter där har man beskrivit processen väldigt tydligt. Personalen får information om rutiner och blanketten för rapportering av synpunkter och klagomål under introduktionsveckan. Det står i checklisten att personalen har fått denna information. Brukaren också informeras om hur de kan rapportera sina synpunkter och klagomål och var de ska skicka det.

6.1 Sammanställning synpunkter

Vi har inte fått något klagomål eller synpunkter under 2021. Detta kanske pga fokus på Covid-19.

6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

7 Avvikelsehantering

7.1 Avvikelser och förbättringsförslag

Avvikelse rapporter	
Ej åtgärdade eller uppföljda	1
Åtgärdade och uppföljda	25
Totalt inkomna	26

- 3 inkomna avvikelse rapporter handlade om misskötsel av brukares nycklar.
- 6 inkomna avvikelse rapporter handlade om utebliven dokumentation om bland annat såruppkomst.
- 3 inkomna avvikelse rapporter handlade om bristande förberedelser av tillgång till skyddsutrustning och mobil inför helgarbete.
- 2 inkomna avvikelse rapporter handlade om att personal har pratat annat språk än svenska med varandra hemma hos brukaren.
- 2 inkomna avvikelse rapport handlade om bristande information om nyckelhantering vid inskolning av ny personal.
- 5 inkomna avvikelser handlade om oklarhet vid ”egenvård”.
- 3 inkomna avvikelse rapporter handlade om schemahantering och bristande information vid schemaändring.
- 2 inkomna avvikelse rapporter handlade om bristande informationsöverföring vid morgonrapport.

Alla utom en av avvikelse rapporterna utredes, analyserades och följts upp samt dokumenterades av samordnaren, verksamhetschefen och kvalitetsansvarige. Den avvikelsen som inte utredes var pga oklarhet i själva avvikelsen.

Åtgärderna har bland annat varit att uppmuntra alla medarbetare att skriva avvikelse, ha enskilt samtal med berörd personal samt informera personalgruppen om händelsen/avvikelsen, analysen och åtgärderna samt förslag till förbättringsarbete.

Utifrån riskbedömningen och analysen är det tydligt att det finns brister i överföring av information verksamhetens. En viktig del i rapporteringen är, som sagt ovan, uppföljning och analys av inträffade fall. Mycket viktigt är också regelbunden återkoppling till personalen med summering av antalet avvikelser, konsekvenser, preventiva insatser och förbättringar och eventuella förändringar över tid.

Om detta arbete inte genomförs tappar avvikelserna och klagomålen sitt syfte och målet kan då inte uppnås.

Rutinerna för överföring av information/rapport, inskolning av de nya anställda och rutinerna för egenvård har setts över och förtydligats.

7.2 Lex Sarah

Destinys Care har ej rapporterat-anmält några Lex -Sarah till IVO under 2021

7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

8 Samverkan

Målet för samverkan är att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten Destinys Care. Våra brukare ska uppleva god och effektiv samverkan där våra olika kompetenser används på ett ändamålsenligt sätt.

Destinys Care har ett väl fungerande samverkan med Biståndsenheten, Socialkontoret, biståndshandläggarna på Upplands-Bro kommunen. Antingen verksamhetschefen eller samordnaren har alltid varit närvarande vid kommunens LOV- och samverkansmöte. Samordnarna har också deltagit i kommunens samordnar-möte. Till följd av Covid 19 har vi haft regelbundna möten med biståndsenheten och MAS. Verksamhetschefen eller samordnaren har deltagit i alla dessa samverkansmöten och rapporterat läget gällande smittspridningen inom verksamheten Destinys Care (både brukare och personal) samt fått rapport om läget på andra verksamheter inom äldreomsorg och omsorgen i Upplands-Bro kommun. Utöver dessa möten har vi haft samverkan genom att rapportera, diskutera och ställa frågor till MAS, kvalitetsansvarige och enhetschefen på Socialkontoret via mejl och meddelande i Life Care.

Det har varit ett välfungerande samverkan och nära samarbete mellan Destinys Care och kommunens-IT ansvarig (ansvariga för LMO och life Care). Det har även varit ett välfungerande samarbete och samverkan mellan Destinys Care och larmansvariga i kommunens hemtjänst då behovet har funnits för installering av trygghetslarm, Phonirolås, osv. Det har varit även en fungerande samverkan mellan Destinys Care och kommunens nattpatrull då behov av överrapportering har funnits. Destinys Care har även fått en bra och fungerande samverkan med Trygghemgång. Dessutom finns det rutiner för samverkan dokumenterade i pärmen Intern Rutin. Det har varit en samverkan med hemsjukvården och dietisten och centralköket också.

8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Rutinerna vid samverkan med den kommunala hemtjänst och nattpatrullen ska förtydligas.

9 Riskanalys

9.1 Genomförda riskanalyser

Kompetensutveckling:

Validering kurser till undersköterska

Det finns risk med att personal inte slutför sin utbildning på grund av tidsbrist och stress i både privat- och arbetslivet samt bristande språkkunskap. Det kan även förekomma risk med att enskild person inte har studerat på länge och kan då ha svårigheter med att inte sacka efter i utbildningens alla delar. Vidare finns risken att praktiska moment i utbildningen som ska ske på arbetsplatsen inte kan genomföras då verksamheten inte får ha medicinskt ansvar eller genomföras särskilda medicinska åtgärder.

Bristande kunskap i HLR

Risken med att inte utbilda personal i HLR är att livsavgörande insats för den enskilde kanske uteblir då personal inte vågar göra kompressioner i rädsla av att skada personen. Felaktiga kompressioner kan vara att man inte ger tillräckligt med tryck, för få kompressioner, inblåsningar uteblir eller att man göra likadant på barn som på en vuxen. Med okunskap gällande HLR är risken hög att personer inte får korrekt hjälp och i värsta fall avlider.

Risken med okunskap gällande situationer när en person sätter i halsen är att personen inte får korrekt hjälp med att få upp/ få ner föremålet som har fastnat. Liksom vid hjärtstopp är den största risken om hjälpen helt uteblir och i värsta fall att personen avlider.

Bristande kunskap i förflyttningsteknik:

Det ökar risken för arbetsrelaterade skador. Många kurser har genomförts online under pandemin. Det finns risk att den anställde inte har fått en korrekt övning i olika praktiska moment.

Basala hygienrutiner:

- **När, var och varför finns det en risk för att hygienrutinerna inte följs?**
Svar: bristande följsamhet till basala hygienrutiner uppstår lätt vid skifte av moment, vid tidsbrist och otillräcklig tillgång till skyddsutrustning både i verksamhetens lokal och vid hembesök hos brukare.
- **Hur sannolikt är det att detta händer?**
Svar: det är hög sannolikhet att detta händer om personalen har tidsbrist, kunskapsbrist och inte har god tillgång till skyddsutrustning.

Vad kan bli följderna av händelsen?

Svar: konsekvenserna av bristande följsamhet av basala hygienrutiner ökar

- risken för smittspridning samt vård- och omsorgsrelaterade infektioner för både brukare och personal.

Matlådor:

- **Beställning av matlådor:** beställningssedlar kommer inte in i tid till verksamheten och om det uppstår tekniska problem på webbplatsen Mashie.se.
- **Ankomst av matlådor:** förekomst av mikroorganismer, kemikalier eller fysiska föremål samt allergener och tillväxt av bakterier eller andra mikroorganismer vid för hög temperatur.
- **Kyl/ frysförvaring:** mikrobiologisk tillväxt på grund av för lång förvaring och mikrobiologisk tillväxt/ toxinbildning på grund av förvaring i för hög temperatur.
- **Upptining:** Mikrobiologisk tillväxt vid för hög temperatur och mikrobiologisk, fysikalisk, kemisk, allergen kontaminering.
- **Nedkylning:** mikrobiologisk tillväxt vid för långsam nedkylning
- **Beredning:** förorening på grund av bristande personalhygien, rengöring, och bristande separering (mikrobiologisk, kemisk, fysikalisk, allergen kontaminering samt mikrobiologisk tillväxt).
- **Servering:** mikrobiologisk tillväxt vid för lång förvaring och/ eller för hög/ låg temperatur.

Vid felhantering av matvaror kan följderna bli matförgiftning. Det finns även risk för allergisk reaktion om det inte finns dokumenterat att brukare har allergi.

Tidsbrist: Det finns risk att personalen inte engagera sig i det systematiska kvalitetsarbetet inom verksamheten pga tidsbrist.

Ekonomi och budget i balans:

Det finns risk att verksamheten inte kunna hålla ekonomin i balans pga utökade energi och bränslepriserna till följd av den rådande situationen samt en utökade lönekostnader.

9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Kompetensutveckling:

Personalen har fått möjligheten att gå på valideringskurser till undersköterska. Personalen som behövde extra stöd identifierades. De fick stöd av administrativa personal för att kunna komma i gång med kursen. Dessutom har vi haft kontakt med skolan och bad att lärarna skulle ge extra stöd till våra anställda ifall om behovet uppstår.

Under 2022 kommer vi att gå över från online kurser till fysiska kurser dvs på plats.

Vi försöker söka ekonomiska stöd så att personalen ska kunna fullfölja sina kurser/utbildningar.

Basala hygienrutiner:

I och med bristerna i samtliga genomförda observationsstudier bedöms det att behovet av kontinuerlig utbildning, uppmuntran och reflektionstillfällen behövs. Det behövs sammanställas tydliga åtgärder som bör vidtas. Åtgärderna kan se ut på följande sätt:

- Möjliggör att alla ny anställda får en ordentlig inskolning i basala hygienrutiner (filmer/kurser, författningar och rutiner).
- I samband med att anställningsavtalet skrivs på ska personen skriva på hygienavtal som förbinder man sig att följa Destinys Cares rutiner.
- Om någon identifieras som inte följer rutinen har all personal ett ansvar att påtala detta för kollegan samt så snart som möjligt informera närmaste chef/ hygienansvarig.
- Samordnare/ verksamhetschef/ hygienansvarig har snarast ett medvetandegörande samtal som skall dokumenteras.
- Berörd person ombeds att omgående rätta till eventuella brister.

Matlådor

Genom att aktivt arbeta med att minimera risken med att kylkedjan bryts ökar man chanserna till att maten inte förorenas. Verksamheten gör dagligt arbete med att efterfölja verksamhetens rutiner, riktlinjer och policys genom att kontrollera ytemperatur på matlådor, tillgodose näringsbehovet för varje enskild brukare.

Ekonomi: Bättre schemaplanering. Regelbunden uppföljning av verksamhetens resultatbalans så att man kan sätta åtgärderna i tidigt skede.

10 Genomförda externa granskningar

Inga revisioner från IVO eller annan extern granskare hittills. Dock nytt avtal med Upplands-Bro kommun gällande hemtjänst, avlösar-och ledsagarservice samt den årliga uppföljningar av kvalitetsansvarige på Upplands-Bro kommun under våren 2021.

Inga externa granskningar under 2021.

10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Ej aktuellt.

11 Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden

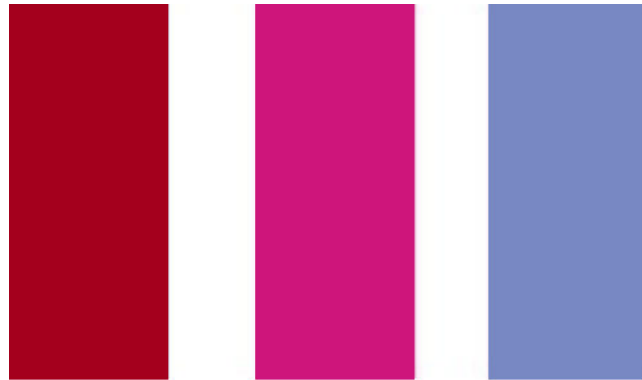
Kompetensutveckling av personal: regelbundet, följs upp av verksamhetschefen.

Ekonomi i balans: regelbundet, följs upp av verksamhetschefen.

Möjliggöra att alla medarbetare ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Detta genom ökade kunskap och avsätta tid. Följs upp av verksamhetschefen och samordnaren två gånger per år.

Genomgång, uppdatering och uppföljning av rutinerna sker en gång per år samt vid behov. Verksamhetschefen/ samordnaren.

Förbättring av inskolning av de nyanställda. Sker av introduktionsansvarige i samråd med verksamhetschefen.



Kvalitetsberättelse 2021

Profssystem i Stockholm

AB

Innehållsförteckning

1	Syfte och mål.....	3
2	Verksamhetsinriktning och ansvar	4
2.1	Målgrupp	4
2.2	Uppdrag och ansvar	4
3	Föregående års identifierade förbättringsområden.....	5
4	Egenkontroll.....	7
4.1	Genomförda egenkontroller.....	7
4.2	Resultat av egenkontroller	10
4.3	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	11
5	Brukarundersökning.....	14
5.1	Genomförda brukarundersökningar	14
5.2	Resultat av brukarundersökning	14
5.3	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	14
6	Synpunkter och klagomål.....	17
6.1	Sammanställning synpunkter.....	17
6.2	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	17
7	Avvikelsehantering.....	18
7.1	Avvikelser och förbättringsförslag	18
7.2	Lex Sarah.....	18
7.3	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	18
8	Samverkan	19
8.1	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	19
9	Risikanalys	21
9.1	Genomförda riskanalyser.....	21
9.2	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	22
10	Genomförda externa granskningar	25
10.1	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	25
11	Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden	26

1 Syfte och mål

En kvalitetsberättelse ska beskriva hur verksamhetens kvalitetsarbete för föregående år har bedrivits. Den ska ge svar på vilka resultat som har uppnåtts inom verksamhetens kvalitetsarbete samt vilka åtgärder som är vidtagna för att säkra kvaliteten.

Kvalitetsberättelsen ska vara till nytta för verksamheten själv. Där ska såväl medarbetare som verksamhetsansvariga kunna identifiera förbättringsområden och med detta lägga en plan för kommande arbete, med de prioriteringar som är mest angelägna att göra.

2 Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Vår målgrupp är äldre och personer med funktionsnedsättning i behov av hemtjänst

2.2 Uppdrag och ansvar

Verksamhetens huvudsakliga uppdrag

Verksamhetens uppdrag är att utföra hemtjänst utifrån beställning från biståndshandläggarens och ska se till att kunderna ges god service på ett personligt sätt. Kunderna ska uppleva att våra medarbetares egenskaper är flexibilitet, positivitet, humor, initiativförmåga och samarbetsförmåga.

Vi utför våra uppdrag med hög kvalitet genom att:

- vi utför våra uppdrag rättssäkert, det vill säga tillämpar gällande lagar och förordningar korrekt
- vi utgår från kundens behov och erbjuder ett professionellt bemötande
- våra medarbetare har rätt kompetens för sina uppdrag
- vi tillvaratar våra medarbetares lust och förmåga att utveckla verksamheten
- vi använder våra resultat som en del i arbetet att ständigt förbättra vår verksamhet.

3 Föregående års identifierade förbättringsområden

Riskområde	Negativa konsekvenser	Åtgärd	Uppföljning
Social dokumentation	Utebliven information	Enhetschef kontrollerar systematiskt social dokumentation 2 gånger i månaden.	Den åtgärdsplan vi hade har gett resultat. Vi dessutom blivit bättre på att använda rätt språk vid dokumentation
Tid, kontinuitet och tillfälliga förändringar.	Uteblivet eller sent besök	Enhetschef fördelar det dagliga arbetet och har tät kontakt med medarbetare och kunder och vidtar snabba åtgärder. Medarbetare är instruerade att alltid anmäla sen ankomst. Kunderna får kontaktpersonen arbetsnummer där kunden kan komma i kontakt med personal vid behov.	Åtgärderna har gett gott resultat där vi kan se resultaten då inkomna klagomål och samtal har drastiskt minskat. Kontaktman och vice kontaktman har fungerat bättre och kunderna känner sig trygga och vänder sig i första hand till dem.
Rekrytering av rätt kompetens	Kunden drabbas	Profssystemen ställer högre krav vid anställning av personal och vidareutbildar existerande personal. Personalen ska ha adekvat utbildning inom området samt goda kunskaper i svenska språket.	Vi har personal som har påbörjat undersköterskeutbildning samt följt upp sina oavslutade USK-utbildning. Vi har en generell utbildningsplan där samtliga personal gör utbildningarna. Vid rekrytering så lägger vi vikt på språket. Det är fortfarande ett förbättringsområde trots alla förbättringar.
Besvär med ensamhet	Kunden drabbas	Kunden får begära om mer socialsamvaro från biståndsenheten.	Vi har använt oss av bland annat statsbidraget för att förebygga ensamheten.

			Dock har det varit svårigheter att helt åtgärda känslan av ensamhet på grund av det dåvarande rådande pandemin.
Framförande av synpunkter och klagomål.	Kunden vet inte vart hen ska framföra synpunkter och klagomål	Vid hembesök ges hempärm med information om vem som kunden ska ta kontakt med att framföra synpunkter och klagomål samt att det finns blanketter i pärmen där kunden kan skriftligen framföra synpunkter och klagomål. Det framgår även vid hembesök att synpunkter och klagomål även kan framföras till kommunen om kunden inte får respons av sin hemtjänst.	Vi har fått god feedback från kunder och anhöriga på att våra hempärmar är väldigt strukturerade och det är lätt att hitta i pärmen. Det framgår klart och tydlig information om vart och vem man ska vända sig till samt att kontaktmanskapet fungerar bättre och där kan kunden också framföra sina klagomål och synpunkter.

4 Egenkontroll

4.1 Genomförda egenkontroller

Checklista Egenkontroll

	Avvikelsehantering	Iakttagelse – J, N, D	Ansv.	Klart
1	Har personalkännedom om var riktlinjen för avvikelsehantering finns?			
2	Är riktlinjen känd för personalen?			
3	Finns lokal rutin på enheten för avvikelsehantering?			
4	Informerar enhetschef sin personal om deras ansvar att rapportera och registrera avvikelser?			
5	Följs alla avvikelser upp regelbundet?			
6	Känner personalen sig trygg med att rapportera avvikelser negativa händelser och tillbud?			
	Basala hygienrutiner			
7	Används materialet Basala Hygienrutiner inom verksamheten?			
8	Finns det möjlighet för personalen att utföra handdesinfektion hos samtliga vårdtagare?			
9	Har vårdpersonal kortklippta omålade naglar, inga lösa naglar och bär inte klocka, armband eller ring?			
10	Används skyddshandskar enligt riktlinjer			
11	Används engångsplastförkläde/skyddsrock (plast) för att skydda arbetskläderna från nedsmutsning och väta t.ex. hjälp med personlig hygien, byte av blöjor?			

12	Utförs rutinmässiga kontroller på att personalen byter arbetskläder dagligen på kontoret?			
13	Arbetsklädseln är kortärmad och går att tvätta i minst 60 grader?			
14	Får personalen kontinuerlig utbildning/information i vårdhygieniska frågor?			
	Dokumentation			
15	Finns genomförandeplaner för alla kunder och är de aktuella?			
16	Är genomförandeplanerna upprättade inom specificerad tid?			
17	Är genomförandeplanerna godkända och underskrivna via den enskilde eller dennes god man/förvaltare?			
18	Finns det en social dokumentation för varje kund och är den komplett och upprättad enligt rutin?			
	Organisation och personal			
19	Finns organisationsschema och är det aktuellt?			
20	Finns befattningsbeskrivningar för alla befattningar och är de aktuella?			
21	Är befattningsbeskrivningarna kända av berörd personal?			
22	Finns ett utbildningsregister för all personal?			
23	Finns kompetensutvecklingsplan för all personal?			
24	Har personalen tillräcklig utbildning och kompetens för sin befattning och efter de krav som ställs?			

25	Är alla anställningsavtal aktuella?			
26	Har all personal skrivit på tystnadsplikt?			
27	Är tidsregistreringarna från personalen korrekta?			
	Kvalitetsledningssystem			
28	Finns ett aktuellt kvalitetsledningssystem?			
29	Är rutinerna aktuella (stickprov)?			
30	Är rutinerna kända av personalen och efterlevs dem (stickprov)?			
31	Genomförs undersökningar på att personalens registrering i Phoniro överensstämmer med kundens dagliga besök (stickprov)?			
32	Hanteras inkomna synpunkter och klagomål enligt rutin?			
33	Följs rutin avseende Lex Sarah och är den känd av personalen?			
34	Genomförs riskanalyser enligt rutin?			
35	Är alla riskanalyser aktuella?			
36	Genomförs kundundersökningar enligt rutin?			
37	Träffas kvalitetsgruppen för uppföljning, utvärdering och planering av kvalitetssäkrande arbete enligt rutin?			
	Värdegrund			
38	Är verksamhetens värdegrund känd för personalen?			

4.2 Resultat av egenkontroller

Från egenkontrollerna framgår följande punkter som förbättringsområden:

- Känner personalen sig trygg med att rapportera avvikelser negativa händelser och tillbud?
- Har vårdpersonal kortklippta omålade naglar, inga lösa naglar och bär inte klocka, armband eller ring?
- Har personalen tillräcklig utbildning och kompetens för sin befattning och efter de krav som ställs?
- Används engångsplastförkläde/skyddsrock (plast) för att skydda arbetskläderna från nedsmutsning och väta till exempel hjälp med personlig hygien, byte av blöjor?
- Genomförs undersökningar på att personalens registrering i Phoniro överensstämmer med kundens dagliga besök?
- Är tidsregistreringarna från personalen korrekta?

4.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Riskområde	Negativa konsekvenser	Åtgärd	Uppföljning
Känner personalen sig trygg med att rapportera avvikelser negativa händelser och tillbud?	Personalen meddelar avvikelser muntligen, men vill inte skriva några då de tror att det är att skvallra på sina kollegor.	När Enhetschef/samordnare får in en muntlig avvikelse så påpekar vi att personalen skriver ned de på samma gång samt påtalar att avvikelser är ett kvalitetsarbete. Vi påtalar även att den som skrivit avvikelsen att samordnaren med vederbörande har ett samtal utan att ta upp vem som skrivit avvikelsen. Det är enbart vid specifika fall där vi behöver ta upp vem som skrivit avvikelsen.	Följer upp månadsvis vid egenkontroll.
Har vårdpersonal kortklippta omålade naglar, inga lösa naglar och bär inte klocka, armband eller ring?	Basala hygienrutiner följs inte.	Vi kommer att köpa in aceton och bomullstussar så att personalen kan ta bort nagellacken på arbetsplatsen. Vi kommer att lägga större vikt på APT:en att vi måste följa alla delar i basala hygienrutiner. Åtgärderna har gett gott resultat där vi kan se resultaten då inkomna klagomål och samtal har drastiskt minskat. Kontaktman och vice kontaktman har fungerat bättre och kunderna känner sig trygga och vänder sig i första hand till dem.	Följer upp månadsvis vid egenkontroll.
Har personalen tillräcklig utbildning och kompetens för sin befattning och efter de krav som ställs?	Kunden drabbas	Proffssystem ställer högre krav vid anställning av personal och vidareutbildar existerande personal. Personalen ska ha adekvat utbildning inom området samt goda kunskaper i svenska språket. Vi har personal som har påbörjat undersköterskeutbildning samt följt upp sina oavslutade USK-	Följer upp en gång per år.

		<p>utbildning. Vi har lagt större vikt på kompetensutveckling samt på generella-utbildningsplanen. Vid rekrytering så lägger vi vikt på språket.</p> <p>I år förväntas ytterligare två personal påbörja sin USK-utbildning.</p>	
<p>Vid stickprovskontroll vid enstaka fall fram kom det att inte full skyddsutrustning används på korrekt sätt.</p>	<p>Kunden och personal drabbas</p>	<p>Vi påtalar hur viktigt det är att använda rätt skyddsutrustning för rätt tillfälle när man är hos kunden.</p>	<p>Tätare stickprovskontroller som görs månadsvis vid egenkontroll.</p>
<p>Vid närmare undersökningar på att personalens registrering i Phoniro överensstämmer de inte med kundens dagliga besök.</p>	<p>Kan inte arbeta kvalitetssäkert hos kunderna.</p>	<p>Det har framkommit vid kontroll i Phoniro att registreringarna inte är korrekta enligt schemat samt att det finns både handhavande fel och brister i arbetstelefonerna samt i apparna från kommunen.</p> <p>Vi har gjort allt vad vi kan vad gäller att felsöka i arbetstelefonerna samt att personalen dagligen felsöker i mobilerna. Trots detta så går det inte att rätta till problemet och vi har vänt oss till kommunen där vi väntar fortfarande på återkoppling.</p>	<p>Vi följer upp med personalen men framför allt med kommunen.</p>

5 Brukarundersökning

5.1 Genomförda brukarundersökningar

Enligt Socialstyrelsen så har de inte kunnat göra en nationell brukarundersökning för 2021. Däremot gör Proffssystem sin årliga brukarundersökning och 2/3 av dåvarande kundpott svarade samt en sammanställning av inkomna avvikelser under året

5.2 Resultat av brukarundersökning

Från Proffssystemens brukarundersökning 2021 framkom följande förbättringsområden:

- Hur nöjd är du med personalens information till dig om tillfälliga förändringar?
- Hur nöjd är du med den information du får om vilken hjälp du ska få när personalen kommer?
- Hur nöjd är du med hur väl personalen känner till vilken hjälp du behöver?
- Hur nöjd är du med hur väl personalen utför sina arbetsuppgifter?
- Hur nöjd är du med hur maten smakar?
-

Från 2021 inkom det 44 stycken avvikelser samt 6 stycken fallrapporter.

- 13 avvikelser avseende personlig service.
- 6 avvikelser avseende personlig omvårdnad.
- 21 avvikelser avseende rutiner (bilar och nyckelkvittenser)
- 5 avvikelser avseende arbetsmiljö.

Varav vi följer upp de två som fått flest antal inkomna avvikelser.

5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Riskområde	Negativa konsekvenser	Åtgärd	Uppföljning
Hur nöjd är du med personalens information till dig om tillfälliga förändringar?	Brukare får inte reda på när personalen kommer och känner sig otrygga och oroliga.	Personalen måste informera om de blir sena eller andra tillfälliga förändringar sker. Brukare vänder sig till kontaktpersonen eller samordnare/enhetschef.	Följs upp varje månad.
Hur nöjd är du med den information du får om vilken hjälp du ska få när personalen kommer?	Brukare kan inte planera sin dag.	I genomförandeplanen står det utförligt vad brukaren ska ha hjälp med.	Vid uppföljning av genomförandeplan så följs det upp om hur brukare anser om den hjälp brukaren får och om genomförandeplanen lever upp till förväntningarna.
Hur nöjd är du med hur väl personalen känner till vilken hjälp du behöver?	Brukaren känner sig otrygg och orolig.	Personalen ska bli bättre på att läsa i genomförandeplanen samt i arbetsschemat. Samordnare/enhetschef har daglig rapport till personalen om händelser av vikt.	Antalet inkomna avvikelser samt klagomål och synpunkter följs upp. Samt Proffssystemens egen brukarundersökning.
Hur nöjd är du med hur väl personalen utför sina arbetsuppgifter?	Brukaren känner sig otrygg och orolig.	Vid första hembesöket planeras hur hjälpen ska utföras därefter följs detta upp med brukare. Vid uppföljning följa genomförandeplanen upp. Stämmer av med brukaren om förväntningarna är realistiska.	Antalet inkomna avvikelser samt klagomål och synpunkter följs upp. Proffssystemens egen brukarundersökning.
Hur nöjd är du med hur matlådorna smakar?	Brukaren får sämre livskvalitet och sämre näringsintag.	Framföra synpunkter till köket.	Antalet klagomål och synpunkter följs upp.
Avvikelser avseende personlig service	Brukaren får inte service som denne är beviljad.	Vid sammanställning av avvikelserna så framkom det att det finns brister i	Vi gör dagliga dokumentationer hos brukare där bristerna finns och följer upp

		tillredning av måltider och hemmets skötsel.	om förbättringar har skett och följer upp månadsvis.
Avvikelser avseende rutiner (bilar och nyckelkvittenser)	Rutiner inte följts.	Schemalagt takningar av bilar samt bilansvarig som ser till att bilarna sköts invärtes. Vi har införskaffat ett digitalt nyckelskåp samt det andra nyckelskåpet är på ingång. Vi har dagliga kontroller på att nycklarna kvitteras av både personal samt samordnare/enhetschef.	Följer upp månadsvis om rutiner följs.

6 Synpunkter och klagomål

Vi säkerställer att kommunens rutiner för hantering av synpunkter vid första hembesöket och vi kommer att tillägga i hembesöket att man kan även vända sig till kommunen.

Vi har kända och dokumenterade rutiner och processer för hur synpunkter ska rapporteras.

6.1 Sammanställning synpunkter

Vi har fått in 20 stycken synpunkter/klagomål varav 10 stycken har handlat om positiv feedback.

5 synpunkter om önskemål om att personal talar brukarens hemspråk

3 synpunkter där serviceinsatser ej utförda enligt förväntningar.

2 synpunkter kring önskan om annan personal.

10 synpunkter där brukare uttrycker hög nöjsamhet kring sin hemtjänst.

6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Synpunkter gällande önskan om personal som talar brukarens hemspråk har vi inte åtgärdat då vi inte avser att anställa personal enbart med det syftet.

Stämmer av om förväntningarna är realistiska tillsammans med brukare blir nöjd.

Vi ser till att byta den personal som brukaren inte har god personkemi med.

Genom månadsvis kontrollera och sammanställa inkommande synpunkter/klagomål så avser vi att mäta förbättringar.

7 Avvikelsehantering

Skyldigheten att rapportera missförhållanden eller risk för missförhållanden i verksamheten ingår som en obligatorisk del i introduktionen av nya medarbetare. Introduktionen signeras av medarbetaren. Fortlöpande information om rapporteringsskyldighet och Lex Sarah ges på APT-möten och i förekommande fall vid eventuell händelse.

7.1 Avvikelser och förbättringsförslag

Från 2021 inkom det 44 stycken avvikelser samt 6 stycken fallrapporter.

- 13 avvikelser avseende personlig service.
- 6 avvikelser avseende personlig omvårdnad.
- 21 avvikelser avseende rutiner (bilar och nyckelkvittenser)
- 5 avvikelser avseende arbetsmiljö.

Varav vi följer upp de två som fått flest antal inkomna avvikelser.

Innehåll och övergripande analys finns i punkt 5.2 och 5.3

7.2 Lex Sarah

Vi har inte haft några lex Sarah-rapporter under året 2021.

7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Finns inga åtgärder då vi inte haft några Lex-Sarah rapporter.

8 Samverkan

För kundens bästa och för insatsens bästa kvalitet krävs ett gott samarbete mellan de olika aktörerna. Vi har rutiner för kontakter med myndigheter och närstående med syfte att få en god samverkan av aktiviteter rörande kunden. Enhetschef har också regelbundet, i stort sett varje vecka, kontakt med kunder och närstående via telefon eller hembesök.

Enhetschef/samordnare deltar i olika samverkansmöten med sjukvården, myndigheter samt olika föreningar och intresseorganisationer för att säkerställa samverkan mellan alla inblandade aktörer.

Vid behov av ytterligare samverkan mellan de olika aktörerna inom vården deltar vi också i SIP – Samordnad Individuell Planering.

Samverkan mellan enhetschef/samordnare och arbetsgrupp sker dagligen. Vi genomför även fyra till sex APT per år där närvaro är obligatorisk.

8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Förbättringsområde	Åtgärder
Förbättringsområde som identifierats är extern samverkan mellan primärvården och hemsjukvården.	Åtgärdsplan är att primärvården och hemsjukvården har tillkallats till LOV-möten.
Förbättringsområde som identifierats är extern samverkan mellan nattpatrullen och hemtjänsten.	Åtgärdsplan är att förbättringsområdet tas upp på LOV-möten samt tätare kontakt med nattpatrullen.
Förbättringsområde som identifierats är extern samverkan mellan kommunen avseende kvalitetssäkert arbetet med arbetstelefonerna.	Förbättringsområde som identifierats är extern samverkan mellan kommunen avseende kvalitetssäkert arbetet med arbetstelefonerna.
Förbättringsområde som identifierats är extern samverkan mellan kommunen avseende kvalitetssäkert arbetet med arbetstelefonerna.	Åtgärdsplanen är att redovisa bristerna till systemförvaltare samt kvalitetsutvecklare i kommunen så att vi tillsammans kan hitta lösningar på problemet.

Förbättringsområde som identifierats är intern samverkan är överrapportering mellan dag och kvällspersonal.	Åtgärdsplan tydlig information i skrift mellan dag och kvällspersonal.
Förbättringsområde som identifierats är intern samverkan vad gäller följa rutiner i verksamheten.	Åtgärdsplan att fler inkomna avvikelser hjälper kvalitetsarbetet.

9 Riskanalys

Att göra riskanalys är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat. Ledningsgruppen för Proffssystemen gör sin riskanalys på lokal- och verksamhetsnivå eller på en övergripande organisationsnivå, vilket är en del i att arbeta med risk- och konsekvensanalyser på ett strukturerat sätt för identifiera, planera och genomföra åtgärder. Exempel på faktorer kan vara psykiska, fysiska och sociala grunder.

9.1 Genomförda riskanalyser

Till följd av covid-19 har Proffssystemen genomfört riktade risk- och konsekvensanalyser relaterat till dåvarande pandemiarbete. Under 2021 fortsatte vi med riskbedömningar och åtgärdsplaner för samtliga enheter där Proffssystemen är verksamma.

Vi genomförde egenkontroller en gång per månad i stället för varannan månad för att upptäcka risker med avseende på dåvarande Corona-pandemi.

Arbetsmiljön har fortfarande blivit påverkat av pandemin och vi i Proffssystemen har varit koncentrerad på pandemin för att minimera risk för personal eller brukare ska bli smittade.

Några åtgärder planerades i början på året för att nå målet. Bland annat striktare kontroller om basala hygienrutiner, noggrannare noteringar om arbetskläder samt bättre schemaplanering för att minimera antal personal som besöker brukare. Det viktigaste åtgärd som togs hos oss under året är kontroll av vaccination samt uppdatera rådande restriktioner enligt folkhälsomyndigheterna.

9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Riskområde	Hur allvarlig är risken Låg Medel Hög	Åtgärd
Risk för att förhöjd sjukfrånvaro bland medarbetare till följd av covid-19 försvårar möjligheten att tillgodose brukarnas behov.	Hög	<p>Användning av skyddsutrustning, basala hygienrutiner och arbetssätt i enlighet med FHM rekommendationer har implementerats.</p> <p>Rekryteringen har av personal som kan arbeta extra vid behov.</p> <p>Personal har erbjudits att öka sin tjänstegrad.</p> <p>Vidbehovsanställda har erbjudits att öka sina tider för tillgänglighet.</p>
Risk för att arbetet med kontaktmannaskap i hemtjänsten inte fullt ut genomförs.	Medel	<p>I syfte att information och kommunikationen mellan brukare och kontaktman inte brister har samordnare tätare kontakt med brukare och anhöriga.</p> <p>Samtal med brukare och anhöriga om kontaktperson är sjuk eller frånvarande under en längre tid och att det är vice kontaktperson ersätter majoriteten av besöken.</p>
Risk för att skyddsutrustning tar slut.	Hög	Beredskap med skyddsutrustningar, där lagret räcker för att täcka för extraordinära förhållanden upp till tre månader.

Risk för att basala hygienrutiner inte följs enligt rådande restriktioner.	Hög	<p>Striktare kontroller om basala hygienrutiner, noggrannare noteringar om arbetskläder samt bättre schemaplanering för att minimera antal personal som besöker brukare.</p> <p>Uppdatera medarbetare om rådande restriktioner enligt folkhälsomyndigheterna.</p>
Risker för att personal inte är vaccinerade.	Medel	Krav att vara vaccinerad mot covid-19 vid nyanställningar.
Risk för underbemanning under sommarsemester.	Medel	Schemaplanering av sommarsemestrar samt rekrytering av sommarvikarier genomförs i god tid innan alla semestrar börjar.
Enheten har planerat att genomföra flytt av lokalen till ny adress.	Medel	<p>Planera flytten så att verksamheten kan flyta på under flytten.</p> <p>Förberedelser så att internet fungerar när väl flytten genomförts.</p> <p>Förberedelser med nedpackningar görs dagarna innan.</p> <p>Flytten ska göras efter att personalen har påbörjat sitt morgonpass.</p> <p>Flyttpersonal tar samtliga flyttlådor och möbler innan personal avslutar sitt dag pass och kvällspersonalen tar vid.</p> <p>Verksamhetens IT-avdelning ser till att all elektronik fungerar som det ska.</p>

10 Genomförda externa granskningar

Vi har inte haft några externa granskningar i Upplands-Bro t. ex av IVO, revisioner av kommunens revisorer, JO, DO, kvalitetsavdelningen eller annan extern part.

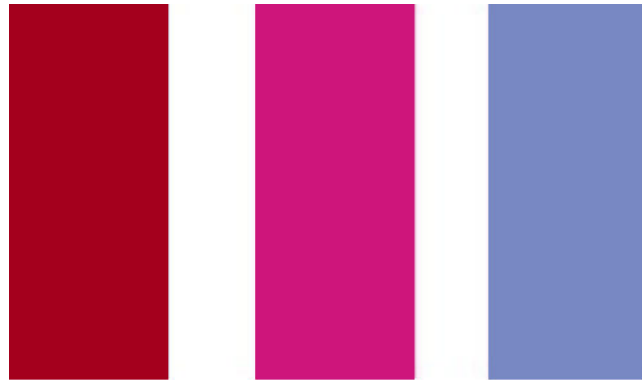
10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Inte relevant.

11 Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden

Prioriterade förbättringsområden	Negativa konsekvenser	Åtgärder	Uppföljning
Har personalen tillräcklig utbildning och kompetens för sin befattning och efter de krav som ställs?	Kunden drabbas	Profssystemen ställer högre krav vid anställning av personal och vidareutbildar existerande personal. Personalen ska ha adekvat utbildning inom området samt goda kunskaper i svenska språket. Vi har personal som har påbörjat undersköterskeutbildning samt följt upp sina oavslutade USK-utbildning. Vi har lagt större vikt på kompetensutveckling samt på generella utbildningsplanen. Vid rekrytering så lägger vi vikt på språket. I år förväntas ytterligare två personal påbörja sin USK-utbildning.	Följer upp en gång per år.
Vid närmare undersökningar på att personalens registrering i Phoniro överensstämmer de inte med kundens dagliga besök.	Kan inte arbeta kvalitetssäkert hos kunderna.	Det har framkommit vid kontroll i Phoniro att registreringarna inte är korrekta enligt schemat samt att det finns både handhavande fel och brister i arbetstelefonerna samt i apparna från kommunen. Vi har gjort allt vad vi kan vad gäller att felsöka i arbetstelefonerna samt att personalen dagligen felsöker i mobilerna. Trots detta så går det inte att rätta till problemet och vi har vänt oss till kommunen där vi väntar fortfarande på återkoppling.	Pågående process under 2022

Personalen behöver förbättra att följa rutiner.	Kan inte arbeta kvalitetssäkert hos kunderna.	Profssystemet har digitaliserat kvalitetsledningssystemet samt där tillgång till viktiga rutiner direkt i mobilen genom en App som personalen kommer att få.	Under första kvartalet av 2022 kommer samtliga arbetstelefoner ha appen så att de kommer åt viktiga rutiner i verksamheten.
Samarbetet mellan olika aktörer behöver förbättras.	Kunden drabbas och personalen drabbas.	Samverkan mellan olika aktörer tas upp på LOV-mötet.	Pågående process under 2022



Kvalitetsberättelse 2021

Förebyggande enheten

Innehållsförteckning

1	Syfte och mål.....	3
2	Verksamhetsinriktning och ansvar	4
	2.1 Målgrupp	4
	2.2 Uppdrag och ansvar	4
3	Föregående års identifierade förbättringsområden.....	5
4	Egenkontroll.....	6
	4.1 Identifierade förbättringsområden	6
	4.2 Egenkontrollplan.....	7
5	Brukarundersökning.....	8
	5.1 Genomförda brukarundersökningar.....	8
	5.2 Resultat av brukarundersökning	8
	5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	8
6	Synpunkter och klagomål.....	9
	6.1 Sammanställning synpunkter.....	9
	6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	9
7	Avvikelsehantering.....	10
	7.1 Avvikelser och förbättringsförslag	10
	7.2 Lex Sarah.....	10
	7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	10
8	Samverkan	12
	8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	12
9	Risakanalys	13
	9.1 Genomförda riskanalyser.....	13
	9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	13
10	Genomförda externa granskningar	16
	10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder	16
11	Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden	17

1 Syfte och mål

En kvalitetsberättelse ska beskriva hur verksamhetens kvalitetsarbete för föregående år har bedrivits. Den ska ge svar på vilka resultat som har uppnåtts inom verksamhetens kvalitetsarbete samt vilka åtgärder som är vidtagna för att säkra kvaliteten.

Kvalitetsberättelsen ska vara till nytta för verksamheten själv. Där ska såväl medarbetare som verksamhetsansvariga kunna identifiera förbättringsområden och med detta lägga en plan för kommande arbete, med de prioriteringar som är mest angelägna att göra.

Den kvalitetsberättelse som skrivs på nämndnivå är en sammanfattning av de viktigaste identifierade delarna inom nämndens alla verksamheter och syftar till att ge politiken en uppfattning om helheten.

2 Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Förebyggande enheten för äldre består av en verksamhet som är biståndsbedömd som är dagverksamheten för personer med kognitiv sjukdom samt öppen verksamhet som är:

- Träffpunktverksamheten
- Anhörigstöd
- Volontärverksamheten
- Syn-och hörselkonsulent
- Stöd vid demens
- Teknik stöd

Enheten består av ett multiprofessionellt team med bland annat demensspecialister, socionom, hälsopedagog, arbetsterapeut med mera samt terapihund Nelly och ger stöd till ca. 500 kommuninvånare.

På dagverksamheten finns en grupp som vänder sig till personer över 65 med demenssjukdom och en grupp för personer med kognitiv sjukdom som är yngre.

2.2 Uppdrag och ansvar

Enheten arbetar efter att höja målgruppens livskvalitet genom olika insatser. Enhetsledaren och enhetschefen driver enhetens kvalitetsarbetet tillsammans med hela personalgruppen. Alla medarbetare deltar vid kvalitetsråd, APT och personal på dagverksamheten arbetar även med reflektionstid.

3 Föregående års identifierade förbättringsområden

Enheten önskar att utveckla samverkan med biståndsenheten på dagverksamheten för personer med kognitiv sjukdom genom regelbundna uppföljningar av uppdraget med mera.

På grund av den pågående pandemin har det inte varit möjligt att träffas fysisk och personalen på dagverksamheten upplever att samverkan med biståndsenheten kan utvecklas genom exempelvis regelbundna samverkansmöten. Detta ska tas med som utvecklingsområde för nästa år.

Enheten kommer att inleda ett arbete med checklistor för dagverksamheten för personer med demenssjukdom som kvalitetssäkring. Det har inte genomförts p.g.a. personalbrist, detta ska utvecklas under året.

Förebyggande enhetens ledare kommer att leda enheten vidare utifrån kommunens värdegrund med fokus på: "Vem är vi till för!" tillsammans med alla fantastiska medarbetare inom förebyggande enheten för äldre. Detta genomfördes som planerat. Resultatet är nöjda pensionärer i Upplands Bro kommun som känner sig trygga och nöjda med förebyggande enheten för äldre.

4 Egenkontroll

Sammanfattning av årets egenkontroller

Sammanfattning av årets egenkontroller

- Dokumentation (det ingår genomförande plan, levnadsberättelse och händelse av vikt).
- Livsmedel hygien som exempelvis mäta temperatur på maten, kylskåp med mera.
- Värdegrund och förhållningssätt, bemötande i reflektionsmöten.

Resultat:

Dokumentation: 100 %.

Enheten har tidigare arbetat med dokumentationen med exempelvis dokumentstödjure och en engagerad enhetsledare i frågan. Resultatet är att arbetet med dokumentationen följs av alla medarbetare enligt kommunens policy.

Livsmedel hygien:

Vid första kontrollen uppnådde enheten 100% vid nästa kontroll dessvärre inte, detta togs upp vid kvalitetsrådet och enhetsledaren kan se en förbättring redan idag. Här är det viktigt att påminna varandra regelbundet för att inte missa viktiga steg för att säkra en hög kvalitet inom livsmedelhygien.

Värdegrund:

Varje fredag hålls reflektion där personalen har möjlighet att reflektera över sitt förhållningssätt utifrån verksamhetens värdegrund.

Terapihund Nelly:

På Kvistaberg används en terapihund som behandling, träning och social samvaro. Eftersom det finns en rad risker som allergi eller skador krävs detta kontrollerade former.

4.1 Identifierade förbättringsområden

Livsmedelhygien.

Efter egenkontrollerna upptäckte enhetsledaren att det slarvas ibland med dokumentationen av kontrollerna gällande livsmedel hygien. Detta led till att enheten förbättrade introduktionen för vikarierna med resultatet att enheten uppnådde 100 % i senaste kontrollerna.

Terapihund Nelly

Hundföraren är mycket noggrant och gör individuella egenkontroller och riskanalyser för varje situation, nya medarbetare och deltagare. Resultatet är att insatserna med terapihunden Nelly bidrar till en högre kvalitet i verksamheten och en högre grad av livskvalitet för de gästerna på dagverksamheten.

Värdegrund

Enheten såg över rutinerna för reflektionstiderna och ledningen hjälpte med vägledning i hur man använder reflektionstiderna på alla bästa sätt. Enheten har lagt fram ett dokument som underlättar att diskutera under reflektionstiderna utifrån de fyra hörnstenarna; symptomlindring, teamarbete, kommunikation och närståendestöd. Detta säkerställa en hög kvalitet av reflektionstiderna och att personalen arbetar professionellt i strävan efter ett förhållningssätt kännetecknas av en helhetssyn på människan genom att stödja gästerna på Kvistaberg att leva med värdighet och största möjliga välbefinnande trots demensdiagnos.

4.2 Egenkontrollplan

5 Brukarundersökning

5.1 Genomförda brukarundersökningar

Det finns ingen brukarundersökning för förebyggande enheten, därför delar förebyggande enheten varje år ut en utvärderingsenkät till alla deltagare. Resultatet visade att enhetens "kunder" är mycket nöjda med både personalen och innehållet av verksamheten. Speciellt positiv är det professionella bemötande vilket verksamheten står för.

En undersökning av nöjdheten inom volontärverksamheten visade följande resultat: De som har besök av volontär uppskattar detta väldigt mycket. En säger att hen är glad att kunna prata på sitt hemspråk med volontären. Även volontärerna uppskattar att få möjlighet att engagera sig för Upplands-Bro kommun, volontärerna tycker att samordningen av insatserna fungera bra.

5.2 Resultat av brukarundersökning

Personalen på förebyggande enheten fick mycket fin feedback gällande bemötande och professionalitet. Aktiviteterna som enheten erbjuder uppskattas, se nedan några röster av de intervjuade pensionärerna:

- Struktur, tydlighet, positivt bemötande
- Får många nya kontakter
- Att kunna bidra. Glädje
- Lättsamt, trevligt
- Att vara social
- Träffa dem som deltar i gruppen, alla glada samtal och en del "gamla" bekanta
- Jag är uppskattad

5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

På grund av den tuffa situationen under pandemin kunde två lediga tjänster inte tillsättas. Enheten drabbades även av ovanligt hög sjukdom och VAB frånvaro p.g.a. Corona. Rekryteringen pågår. Genom tillsättning av de två tjänsterna förväntas en högre grad av kontinuitet i nöjdhet för både personalen och brukarna.

6 Synpunkter och klagomål

På dagverksamheten får alla nya gäster och deras anhöriga information om synpunkter och klagomål samt en enkät vid välkommens samtal.

På öppna verksamheten finns alltid enkäter för synpunkter och klagomål framför kontoret samt en postlåda för att lämna in synpunkterna på ett smidigt sätt.

6.1 Sammanställning synpunkter

Enheten fick ett klagomål när transport tiderna ändrades. Detta ändrades dock omgående.

Enheten kommer att fortsätta med sitt arbetssätt att förebygga förekommande av klagomål genom regelbunden kontakt till anhöriga. I dagsläget sker detta mest via telefon vilket de anhöriga önskade.

Enheten fick kritik gällande minskad kvalitet av aktivitetsplaneringen vilket innebär en risk för mindre stimulans av gästerna.

6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Dagverksamheten fick nästan inga synpunkter-eller klagomål. Vi utgår ifrån att detta bero på en hög nöjdhet och bra kommunikation mellan personalen och gästerna och deras anhöriga. Enheten kommer att uppmuntra och informera alla berörda om möjligheterna att lämna synpunkter till verksamheten i ännu högre grad.

Arbetet med aktiviteterna och aktivitetsplaneringen förbättrades omgående och det anordnades nya aktiviteter som exempelvis Zumba och kampsport. Det nya insatserna uppskattade mycket av både de anhöriga och gästerna på dagverksamheten.

7 Avvikelsehantering

Avvikelsen analyseras med fokus på om det behövs förebyggande åtgärder för att den inte ska upprepas/hända igen. Avvikelser analyseras i verksamhetens kvalitetsråd och återkopplas till personalgruppen i ”lärande organisation”. Närstående informeras vid allvarliga avvikelser och missförhållanden.

2021 förekom en händelse som har utretts utöver detta inga vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Under 2021 skrevs två avvikelser. Detta kan bero på att enheten har väldigt bra rutiner som är väldigt bra förankrat hos alla och att man ha genom regelbundna möten möjlighet att följa upp och förebygga avvikelse. Det kan även bero på att det är en liten arbetsgrupp där man tar upp avvikelse direkt muntlig med den berörda. Arbetet med avvikelsehanteringen bör utvecklas under 2022.

Alla avvikelse tas upp i kvalitetsrådet och sedan på APT i lärande syfte.

7.1 Avvikelser och förbättringsförslag

En avvikelse handlade om att personalen inte svarade i telefonen. **Åtgärd:** Enhetsledaren påminde all personal om vikten att telefonen ska vara bemannade 08.00-16.30. **Resultat:** Personalen svarar alltid i telefonen.

En avvikelse handlade om brister inom aktivitetsplaneringen. Aktiviteterna och kontinuitet är viktig för patienternas känsla av trygghet och välbefinnande. Planeringen ska innehålla balans mellan vilan och aktivitet och verksamheten ska erbjuda aktiviteter som är hälsofrämjande och förebygga ohälsa. **Åtgärd:** Enhetsledaren har en dialog med personalen och enhetschefen tar stickprov av planeringsschemat. **Resultat:** Arbetet med aktiviteterna (planering, genomförande och utvärdering) prioriterades och förbättrades som beskrevs ovan och nedan.

7.2 Lex Sarah

All personal har kunskap om Lex Sarah rapporteringen och skyldigheten att rapportera missförhållande.

Enheten anmälde en allvarlig händelse till kvalitetsavdelningen för utredningen och anmälde sig själva till IVO (Inspektion för vård och omsorg) med en Lex-Sarah anmälan. En person med kognitiv sjukdom avvek från dagverksamheten. Hade personalen inte hittad den personen, hade det medfört allvarliga konsekvenser. Verksamhetens genomförda och planerade åtgärder bedömdes av IVO vara tillräckliga för att minska sannolikheten att liknande händelse ska inträffa i verksamheten igen.

7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Efter Lex-Sarah händelsen har enheten direkt vidtagit följande åtgärder, detta led till att personen hittades, anhöriga kände sig nöjda med verksamhetens reaktionerna samt att IVO (Inspektionen för vård och omsorg) bedömde att verksamheten hanterade

situationen professionellt.

Direkta åtgärder

- Personalen börjar direkt leta efter gästen.
- Polis kontaktades.
- Möbleringen återställdes direkt.

Åtgärder

- Akut möte med personalgruppen med en genomgång och påminnelse om rutinerna dagen efter händelsen.
- Enhetschef och enhetsledare har haft samtal med ansvarig ordinarie personal för närmare utredning av händelsen. Dagen efter händelsen.
- Enhetsledaren har haft samtal med båda vikarierna i tjänst. Dagens efter händelse.
- Information till enhetens samtliga medarbetare.
- Handlingsplan för ansvarig personal samt medvetengörande samtal.
- Dagverksamheten kommer att anordna ett informationsmöte om GPS för alla anhöriga.
- Möbleringen i matsalen, som ändrades p.g.a. Corona, ändrades tillbaka, så att personalen kan se alla deltagare bättre.
- Översyn av kommunikation informationsöverföring mellan anhöriga och verksamheten för att se varningstecken för ”vandringsbeteende” tidigare.
- Riskbedömning och vidtagna åtgärd för berörd person.
- Stöd till familjen, erbjöd stödsamtal med anhörigkonsulenten och hjälp med GPS.
- Handledning och bearbetning för personalen av det som inträffat.
- Enheten skapade en ny rutin för reflektionstiderna.

Genomförda och planerade åtgärder bedömdes av IVO vara tillräckliga för att minska sannolikheten att liknande händelse ska inträffa i verksamheten igen.

8 Samverkan

Förebyggande enheten samverkar och hjälper inom enheten som t.ex. att personalen från Torget 4 arbetar på dagverksamheten i Bro vid personalbrist p.g.a. sjukdom. Förebyggande enheten är även behjälplig på Kungsgården med videosamtal och coaching av personalen inom hantering av beteendeproblem vid kognitiv sjukdom. Under Coronakrisen hjälpte personalen från förebyggande enheten för äldre de enheterna som drabbades hårdast med 87 % personalbortfall på Kungsgården.

Förebyggande enheten samverkar med minnesmottagningen i Jakobsberg, Kognitiv mottagning på KS, olika verksamheter i kommunen som har demensvänutbildning, biståndsenheten, Kungsgården och Norrgården och hemtjänsten. Anhörigkonsulenten deltar i ett nätverk för anhörigkonsulenterna i Stockholms län. Enheten samarbetar med FOU nu och hörselcentralen.

I enlighet med kommunens filosofi HEP samverka hela förebyggande enheten med många kollegor inom och utanför Upplands-Bro kommun som exempelvis:

- Kultur och fritid (Bibliotek, simhallen)
- Arbetsmarknadsenheten
- Transport och servicegruppen
- Vuxenutbildning/utbildningskontoret
- Ekonomistaben
- UBK föreningar

8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Under Coronavirus var samverkan inte möjligt på samma sätt som tidigare. Vi hoppas efter mer normalitet i närmsta framtid.

9 Riskanalys

På förebyggande enheten arbetar man med riskanalyser vid förändringar som 2021. Alla riskanalyser görs gemensam med hela personalgruppen på kvalitetsrådet och tas upp på APT. Analysen och handlingsplaner följs upp regelbunden. Se nedan en översikt;

9.1 Genomförda riskanalyser

På förebyggande enheten arbetar man med riskanalyser vid förändringar som 2021. Alla riskanalyser görs gemensam med hela personalgruppen på kvalitetsrådet och tas upp på APT. Analysen och handlingsplaner följs upp regelbunden. Se nedan en översikt;

- 20210407- digital träffpunkt/aktivitet
- 20210406- minidemensvän
- 20210407- ta fram utemöblerna
- Riskanalysen för terapihund Nelly
- Regelbundna riskanalyserna under Coronavirus gällande smittspridningen och psykosociala effekterna p.g.a. den pågående pandemin
- Riskanalys volontärverksamheten under pandemin
- Riskanalys gällande aktiviteterna

Under Pandemin drabbades många äldre i högre grad av ensamheten och ensamhet och ensamheten är hälsofarligt. Därför är det sociala stödet som förebyggande enheten för äldre i Upplands-Bro kommun kan erbjuda viktigare än någonsin och det har varit en utmaning att möta den äldres behov på ett säkra sätt under Coronapandemin.

9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Arbetsättet med riskanalyserna kan utvecklas genom att använder sig av riskanalyserna i högre grad.

Riskanalys för terapihund Nelly

Riskanalys gjordes av hundföraren och verksamhetsansvarig för att minska risken för deltagare, medarbetarna och hunden. Verksamheten undersöker risker för överkänslighet, allergi, smittspridning, risk för fysiska skador och hundrädsla.

Resultat: På grund det några kvalitetsarbetet av hundföraren är arbetet med hunden Nelly på dagverksamheten bara positiv. Teamet kunde även hjälpa en person som har varit hundrädd innan personen lärde känna terapihund Nelly.

Riskanalys volontärverksamheten

För att minska smittspridningen fick även volontärverksamheten anpassa arbetet utifrån coronavirus och anordnade olika träffar digitalt eller utomhus i mindre grupper. Det anordnades exempelvis språkpromenader i stället för språkcafé i mindre grupp, där personer med migrationsbakgrund fick träna på svenska eller äldre som kände sig ensamma fick besök av volontärerna utomhus med mera.

Resultat: P.g.a. volontärssamordnarens noggrannhet kunde verksamheten fortsätta att vara verksam. Frivilliga insatser ger ökad livskvalitet för mottagare såväl som för volontären. Upplands-Bro kommuns volontärverksamhet har under pandemin bidragit till en ökad gemenskap, tillit mellan människor och minskade ensamhet, segregation och utanförskap.

Riskanalys aktiviteterna

På enheten hade personalen avsatt mindre tid på aktivitetsplaneringen och detta led till en risk till en mindre stimulans hos gästerna samt en minskad nöjdhet hos personerna med demens.

- Arbetet med aktivitetsplaneringen prioriterades omgående och utvecklades till föregående standard.
- Det infördes nya aktiviteter och anordnades olika workshops för personer med demens som exempelvis inom kampsport och balett med hjälp av en balettmästare från kungliga Operan. Insatserna uppskattades och arbetet kommer att fortsättas under 2022.

Resultat: Enheten fick positiv återkoppling av anhöriga och kan se en positiv effekt hos de demenssjuka.

Regelbundna riskanalyserna under pandemin på dagverksamheten

Coronaviruset påverkar alla människor, äldre personer med demens löper större risk att drabbas av detta virus för de har svårare att följa olika skyddsåtgärder.

Därför arbetade personalen med att förklara på ett demensvänlig sätt vikten av att tvätta händerna, fysisk distans med mera.

Alla kan uppleva en försämring av tillståndet som exempelvis oro eller sömnsvårigheterna p.g.a. den ansträngande situationen med Coronavirus, personer med kognitiv sjukdom drabbas ännu hårdare och kan oftast inte förstå vad det bero på.

Därför arbetar enheten i ännu högre grad med:

- stödsamtal
- stimulans med balans mellan aktivering och vilan
- Hjälp av strukturering av dagen
- Förmedling av digitala hjälpmedel, som exempelvis Appen Minnity som används på Kvistaberg och information om tjänster som är tillgängliga under pandemin och hur de gästerna kan få tillgång till de
- Vägledning och råd till anhöriga om hur man kan stödja personer med demenssjukdom både praktiskt och känslomässigt
- Tillgång till frisk luft

Ensamhet är ett hot mot vår hälsa och personer med demens drabbas ännu hårdare av känslan av ensamhet pga Coronavirus, därför är det viktig att de gästerna kan delta på Kvistabergs verksamhet.

Åtgärder för att minska smittspridningen, har varit exempelvis, att hålla avstånd, personalen fick extra tid för städning och desinfektion, mindre antal deltagare för att minska smittspridningen, användningen av munskydd och visir och att man stanna hemma med minsta symptom.

Resultat: Dagverksamheten fick aldrig stänga p.g.a. coronavirus, drabbades dock hård av sjukfrånvaro och vård av sjuka barn med en ovanlig hög personalfrånvaro.

Regelbundna riskanalyserna gällande COVID på träffpunktverksamheten för äldre

Äldre personer är en utsatt grupp som drabbas hårt av Coronavirus och därför var enheten mycket angelägen att göra sitt yttersta för att skydda de äldre för att bli smittad av Coronaviruset. Samtidig är alla äldre i behov av stimulans i ännu högre grad.

Därför fick enheten regelbundet göra nya bedömningar i god samråd med kommunens MAS (medicinsk ansvarig sjuksköterska), ledningen och utifrån smittspridningen i samhället och de gällande restriktionerna. Ständig ändrade förutsättningar satt stor krav på personalens flexibilitet och kreativitet.

Se nedan några exempel av åtgärderna:

- Åtgärder för att minska smittspridning såsom basal hygien, fysisk distans.
- Fler dock mindre grupper för att undvika trängsel.
- Användning av munskydd och visir
- Digitala möjligheter för att minska risken, så skapades exempelvis en digital träffpunkt.
- Förebyggande enheten för äldre anordnade under hela året teknikbussen och teknikgrupperna för att lära de äldre digitala lösningar för att minska social isolation under pandemin.

Resultat: 65 plussare uttrycker en stor tacksamhet över förebyggande enhetens insatser och känner sig trygga med enhetens hantering av Coronavirus.

Ensamhet är en stor riskfaktor för ohälsa och därför gjorde enheten en speciell satsning för att motverka ensamhet hos äldre i Upplands-Bro kommun.

- Personalen frågade vad de tror behövs för att minska social isolering, svaret var tydligt: "vi vill ha en mötesplats där vi kan sitta ner och äta tillsammans." Många upplever att måltiderna är en mycket ensam stund på dagen och att det ofta känns meningslöst att laga ordentlig mat bara för sig själv. Detta leder till att de äldre, som redan ofta har försämrat näringsupptag, får i sig för lite näringsämnen.
- Resultat: Projektledaren och hälsopedagogen öppnade upp matsalen på Torget 4 tisdagar och torsdagar, dit besökarna var välkomna att ta med egen lunch som de kunde värma i mikrovågsugn. Dessutom serverades fika till självkostnadspris. I och med att en del av projektiden inföll under advent och jul använde ledaren musik, ljus och smaker för att få fram en fin julstämning. Det har varit uppskattat.

10 Genomförda externa granskningar

Genomfördes inte.

10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Det genomfördes inga granskningar.

Enheten arbetar dock med reflektionstiderna, där personalen diskuterar exempelvis gästernas input och önskemål. All personal på enheten lägger stor vikt på de äldres välbefinnande och delaktighet. Resultatet är att alla deltagare är mycket nöjda och uppskattar enhetens aktiviteter och personalen.

11 Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden

Förebyggande enheten för äldre har uppmärksammat för sina insatser både internationell och nationell på olika sett. Förebyggande enheten demensarbete anses som en av de bästa i hela Sverige. Enhetschefen har tillsammans med hela teamet arbetat hårt för detta och nu gäller det att bevara och förvalta detta på alla bästa sätt.

Därför behöver enheten prioritera följande:

Rekrytering av kunnig personal som arbetar i enlighet med kommunens filosofi HEP, helhetssyn, engagemang och professionalitet. På grund av pandemin har ledningen inte haft tillräcklig tid att prioritera rekryteringen.

Arbetet med **demensvänlig samhället/demensvänner** ska bli prioriterade under 2022.

Enheten önskar att utveckla **samverkan med biståndsenheten** på dagverksamheten för personer med kognitiv sjukdom genom regelbundna uppföljningar av uppdraget med mera.

Enheten kommer att inleda ett **arbete med checklistor för dagverksamheten** för personer med demenssjukdom som kvalitetssäkring.

Målet för 2022 är att fler **avvikelse** rapporteras i verksamheten.

Dagverksamheten fick väldigt få **synpunkter-eller klagomål**. Vi utgår ifrån att detta bero på en hög nöjdhet och bra kommunikation mellan personalen och gästerna och deras anhöriga. Förutom detta arbetar enheten mycket med delaktighet! Enheten kommer att uppmuntra och informerar alla berörda om möjligheterna att lämna synpunkter till verksamheten i ännu högre grad.

Ensamheten. Konsekvenserna av Coronavirus kommer att vara en utmaning för kommunerna även i framtiden och därför kommer enheten att fortsätta att prioritera insatserna som motverka ensamhet hos äldre även i kommande år.

Personalen bör uppmuntras att genomföra **riskanalyserna** i högre grad.

Alla punkter följs upp i verksamhetens månatliga kvalitetsråd. Vid årets första planeringsdag kommer det att göras en handlingsplan med tid-och ansvarsplaneringen för att säkerställa att allt genomförs enligt planen. Slutliga utvärdering genomförs av ledningen i slutet av året.



Kvalitetsberättelse 2021

Hälsa- och sjukvårdsenheten för äldre

Innehållsförteckning

1	Syfte och mål.....	3
2	Verksamhetsinriktning och ansvar	4
2.1	Målgrupp	4
2.2	Uppdrag och ansvar	4
3	Föregående års identifierade förbättringsområden.....	5
4	Egenkontroll.....	6
4.1	Identifierade förbättringsområden	6
4.2	Egenkontrollplan.....	6
5	Brukarundersökning.....	7
5.1	Genomförda brukarundersökningar.....	7
5.2	Resultat av brukarundersökning	7
5.3	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	7
6	Synpunkter och klagomål.....	8
6.1	Sammanställning synpunkter.....	8
6.2	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	8
7	Avvikelsehantering.....	9
7.1	Avvikelser och förbättringsförslag	9
7.2	Lex Sarah.....	9
7.3	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	9
8	Samverkan	10
8.1	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	10
9	Risikanalys	11
9.1	Genomförda riskanalyser.....	11
9.2	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	11
10	Genomförda externa granskningar	12
10.1	Identifierade förbättringsområden och åtgärder	12
11	Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden	13

1 Syfte och mål

En kvalitetsberättelse ska beskriva hur verksamhetens kvalitetsarbete för föregående år har bedrivits. Den ska ge svar på vilka resultat som har uppnåtts inom verksamhetens kvalitetsarbete samt vilka åtgärder som är vidtagna för att säkra kvaliteten.

Kvalitetsberättelsen ska vara till nytta för verksamheten själv. Där ska såväl medarbetare som verksamhetsansvariga kunna identifiera förbättringsområden och med detta lägga en plan för kommande arbete, med de prioriteringar som är mest angelägna att göra.

Den kvalitetsberättelse som skrivs på nämndnivå är en sammanfattning av de viktigaste identifierade delarna inom nämndens alla verksamheter och syftar till att ge politiken en uppfattning om helheten.

2 Verksamhetsinriktning och ansvar

2.1 Målgrupp

Hälso-och sjukvårdsenhetens (HSE) uppdrag i Upplands-Bro kommun är, att inom kommunens samtliga äldreboenden, LSS och dagverksamhet erbjuda alla brukare en god och säker hälso- och sjukvård till och med sjuksköterskenivå.

Enheten består av 7 sjuksköterskor, tre fysioterapeuter och tre arbetsterapeuter. Varv 6 st sjuksköterskor, 2,5 arbetsterapeuter och 2,5 fysioterapeuter/sjukgymnaster arbetar mot ÄON.

2.2 Uppdrag och ansvar

Hälso-och sjukvårdsenhetens övergripande mål är att utveckla verksamheten med övriga verksamheter. Vårt mål är att bedriva en god och patientsäkervård och samt att arbeta förebyggande gällande, fall. undernäring, trycksår, munhälsa, BPSD-symtom och andra riskområden som uppstår. Vi arbetar aktivt i teamet i kvalitetsregistren Senior Alert, BPSD och "Tidiga Tecken". Andra mål vi har är att tydliggöra rapporteringsskyldigheten och ansvarsområden gällande avvikelser för att på så sätt hitta de förbättringsområden som man behöver arbeta med. Sjuksköterskorna har utifrån det arbetat med att utbilda personal i säker läkemedelshantering inför delegering men även att öka kunskapen om när och varför avvikelser ska skrivas för att vi ska hitta de förbättringsområden som behövs arbeta med. Ansvaret omfattar samtliga LSS-boenden/serviceboenden, Daglig verksamhet, Kungsgården, Norrgården, Broservicehus, Kungsängens servicehus och dagverksamhet. Utförligare beskrivning av vårt patientsäkerhetsarbete beskrivs i patientsäkerhetsberättelsen som skrivs årligen.

3 Föregående års identifierade förbättringsområden

Fortsätta att samverka med ledning på de särskilda boendena och utveckla samverkan mellan SoL och HSL med den enskilda patienten i centrum. Hälsa- och sjukvårdsenheten har kallat till samverkansmöten varannan månad och vid behov oftare. Utifrån Pandemin har man haft dessa möten i perioder via teams.

Ett fokusområde under året har varit att tillsammans i teamen (HSL-personal och SoL-personal) arbeta och använda sig av BPSD-registret. Hälsa- och sjukvårdsenheten har under året arbetat för att arbetet ska komma igång på samtliga enheter. Man ser att patientens välbefinnande ökar och även personalens arbetsmiljö.

4 Egenkontroll

Sammanfattning av årets egenkontroller

Vi utför egenkontroll på följande områden:

- Hygien
- Narkotikahantering, kontrolleras 1 gång/månad. detta följs även upp och granskas vid den externa granskningen som genomförs årligen av apoteket.
- Dokumentation
- Läkemedelshantering, apoteket utförde granskning maj/juni 2021.
- Arbetstekniska hjälpmedel kontrolleras regelbundet enligt årshjul.

4.1 Identifierade förbättringsområden

Förbättringsområde finns gällande läkemedelshanteringen. Sjuksköterskorna har lagt ner tid att arbeta upp föreläsningmaterial att använda sig av när man utbildar personal inför delegering. En utmaning har varit när fler vikarier behöver få utbildning och det utifrån restriktioner inte gått att sitta flera tillsammans. Man har arbetat fram PowerPoint material som man använt sig av vid utbildningar via teams. detta är ett komplement till övriga rutiner vid delegering såsom att utbildningen Säker läkemedelshantering ska göras på svensk demenscentrum samt kunskapstest innan en delegering kan ges. Vi har dock sett att för att säkerställa att personalen får kompetens gällande läkemedelshanteringen så behöver vi göra extra insatser i form av föreläsningar.

4.2 Egenkontrollplan

4.2.1 Helhetssyn och samordning

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Samverkan med läkarorganisationen	Kommunen deltar på samverkansmöten tillsammans med familjeläkarna.	År	

Åtgärd	Slutdatum	Uppföljning	Status
Samverkansmöte med familjeläkarna samverkansmötet skedde första kvartalet 2020.	2020-12-31		✔

4.2.2 Trygghet och rättssäkerhet

Kontrollmoment (egenkontroll)	Hur sker kontrollen?	Periodicitet & resultat	Kommentar
Journalgranskning	Medicinskt ansvarig sjuksköterska samt enhetschef för hälso-och sjukvården granskar HSL-journaler.	Halvår	

5 Brukarundersökning

5.1 Genomförda brukarundersökningar

5.2 Resultat av brukarundersökning

5.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

6 Synpunkter och klagomål

Klagomål och avvikelser hanteras enligt interna rutiner. Vi tar emot klagomål och svara dem så fort som möjligt med återkoppling till berörd person. Alla synpunkter och klagomål registreras på kommunens elektroniska systemet "360".

6.1 Sammanställning synpunkter

Inga skriftliga synpunkter och klagomål har inkommit under 2021.

6.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

7 Avvikelsehantering

7.1 Avvikelser och förbättringsförslag

Det har under året inkommit 188 (280st 2020) stycken fallavvikelser sammanlagt på alla enheter inom särskilt boende.

Läkedelsavvikelser som inkommit är 117 (82st) stycken.

Sammanlagt har det inkommit färre avvikelser 2021 än 2020 vilket dels kan bero att man under 2021 har haft en lägre beläggning av patienter. En annan orsak kan vara att man ej skriver avvikelser när sådana sker.

7.2 Lex Sarah

7.3 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Utbildning och information till personalen hur och varför man skriver avvikelser på händelser som blir fel. Då avvikelserna minskat i så stor utsträckning finns skäl att se över kompetensen hos personalen gällande avvikelsehanteringen.

8 Samverkan

Hälso-och sjukvårdsenheten har samverkan med alla enheter minst 4 ggr/år

Hälso-och sjukvårdsenheten träffar familjeläkarna 1 gång/år.

Tidigare har man haft samverkansmöten 2 ggr/år med biståndsenheten. Efter omorganisationen 1/1-2021 arbetar Enhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten och enhetschef för biståndsenheten tillsammans i ledningsgrupp vilket gör att samverkan sker kontinuerligt och i större utsträckning än tidigare.

8.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Då man från den 1/1-2022 avvecklar Hälso- och sjukvårdsenheten som organisation behöver nya samverkansformer ses över.

9 Riskanalys

9.1 Genomförda riskanalyser

Inför den omorganisation som görs 2022 där hälso- och sjukvårdsenheten avvecklas och personalen organiseras under den enhetschef som ansvarar för den verksamhet som de arbetar i har riskanalyser gjorts. Samtlig personal i hälso- och sjukvårdsenheten har medverkat i att göra risk och konsekvensanalys så har även de enhetschefer som berörts gjort.

En del av de risker som man såg var:

- Arbetsterapeuter och fysioterapeuter såg en risk att de ska tilldelas andra arbetsuppgifter vilket skulle leda till mindre tid för rehabilitering. Som åtgärd har arbetsterapeuter och fysioterapeuter presentera sina arbetsbeskrivningar för respektive yrke till enhetschefer i verksamheterna.
- Mindre erfarenhets- och kompetensutbyte då man inte samverkar dagligen. För att åtgärda detta ska man gemensamt mellan enheterna planera för utbildningar där personalen träffas. Detta så att legitimerad personal ses i andra forum och då utbyter kompetens, skapar trygghet och gemenskap.
- Brist på sjuksköterskor på en enhet på grund av frånvaro. För att inte detta ska ske så ska resursplaneringen göras tillsammans. De möten som professionerna haft varannan vecka ska fortsätta och vi ska sträva efter en helhetssyn där alla hjälps åt att bemanna enheterna.
- Uppföljningsmöten av den risk -och konsekvensanalys som gjordes inför omorganisationen ska följas upp i maj och september månad.

9.2 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

10 Genomförda externa granskningar

Farmaceut från apoteket granskade läkemedelshanteringen på samtliga enheter i maj/juni 2021.

10.1 Identifierade förbättringsområden och åtgärder

Under apoteksgranskningen fann man brister i:

- Otydligheter på signeringslistan för vid behov.
- Ej uppmärkta insulinpennor
- Fel dokument användes som läkemedelslista

Åtgärder som sattes in:

- Vikten av att personal kontaktar sjuksköterskor när vid behovs medicin ges. Personalen informerade och utbildades av sjuksköterskorna. Enhetscheferna informerades i samverkan i vikten att dessa brister även följs upp av arbetsledare.
- Sjuksköterskorna utbildade och informerade i vikten av att insulinpennor märks upp efter man tar ut dem från kylskåpet.
- Gällande läkemedelslistan så kontaktades den vårdcentral som patienten var listad hos återigen om man eftersökte en korrekt läkemedelslista. Detta problem hoppas vi löser sig när man har tillgång till "Nationella läkemedelslistan".

11 Plan för nästkommande år utifrån identifierade förbättringsområden

Då Hälsa- och sjukvårdsenheten avvecklas gör respektive enhet sin egen planering inför 2022.



██████████
 ██████████
 ██████████
 ██████████

Datum Vår beteckning Er beteckning
 2022-04-05 ÄON 21/0089

Äldre- och omsorgsnämnden

Revidering delegationsordning Äldre- och omsorgsnämnden

Förslag till beslut

Äldre- och omsorgsnämnden godkänner föreslagna revideringar i delegationsordningen

Sammanfattning

Socialkontoret gör två gånger per år en kontroll av att delegationsordningen är uppdaterad och korrekt. Nu aktuell revidering innehåller smärre justeringar som att föreslå överlåtande av beslutanderätten till annan delegat.

Beslut om anmälan till IVO enligt lex Sarah förslås ändras från socialchef till avdelningschef. Beslut om att föra nämndens talan i allmän- eller förvaltningsdomstol samt att utse ombud föreslås ändras från socialchef till avdelningschef.

Förslag till reviderad delegationsordning är i bilaga markerade i röd text

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad 5 april 2022
- Bilaga 1 – Äldre- och omsorgsnämndens reviderade delegationsordning

Barnperspektiv

Ur ett barnperspektiv är det av vikt att socialtjänstens handläggning sker rättssäkert vilket en delegationsordning bidrar till



[Redacted]

Socialchef

[Redacted]

Avdelningschef äldre- och
omsorgsavdelningen

Bilagor

1. Bilaga 1 – Äldre- och omsorgsnämndens reviderade delegationsordning

Beslut sänds till

- Samtliga chefer inom äldre- och omsorgsavdelningen
- Juridikenheten för publicering i kommunens författningssamling



Äldre och omsorgsnämndens delegationsordning

ÄON 21/0089

Antagen av Äldre- och omsorgsnämnden i Upplands-Bro kommun den 2
maj år 2022

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

Innehåll

1	Inledning – allmänt om delegation av beslut	4
1.1	Delegationsordning	4
1.2	Vilka kan få delegation?	4
1.3	Vad kan inte delegeras.....	4
1.4	Delegationsbeslut	4
1.5	Ersättare för delegat	5
1.6	I samråd	5
1.7	Anmälan av delegationsbeslut till nämnden	5
1.8	Ren verkställighet	5
1.9	Överklagan av beslut – allmänt	6
1.9.1	Förvaltningsbesvär.....	6
1.9.2	Laglighetsprövning	6
1.10	Brådskande beslut	6
1.11	MBL förhandling eller samråd.....	6
2	Angående Äldre- och omsorgsnämndens delegationsordning	7
2.1	Delegationer	7
2.2	Förordnande av ersättare.....	7
2.3	Jäv	7
2.3.1	Socialchef.....	7
2.3.2	Avdelningschefer och enhetschefer	7
2.3.3	Övriga anställda	7
2.3.4	Äldre- och omsorgsnämndens ordförande	7
2.4	Laga förfall.....	7
3	Förkortningar	8
4	Delegationsordning	9
	Beslut i brådskande ärenden.....	9
	Offentlighets- och sekretesslagen.....	9
	Anskaffning av varor och tjänster - avrop.....	9
	Anskaffning av varor och tjänster – direktupphandling	10
	Upphandling	10
	Arkivansvar	12
	Dataskyddsförordningen	12
	Arbetsmiljölagen	14
	Personalärenden	14
	Kurser och konferenser.....	15
	Teckna och säga upp avtal.....	15
	Beslutsattester och kontoansvariga.....	16
	Representation.....	16
	Ansökan om medel	16
	Utredning, uppföljning och avslut av insats	16
	Överflyttning av ärende.....	18
	Äldreomsorg	18
	Överklagande till domstolar	19
	Yttranden.....	21
	God man/förvaltare och målsägarbiträde	22
	Polisanmälan	22
	Lex Maria Patientsäkerhetslagen.....	22
	Lex Sarah.....	23

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

Lex Maja	23
Egendomsskada	23
Avgifter	23
Lag om färdtjänst (sfs 1997:736) och lag om riksfärdtjänst (sfs 1997:735)	
Ändra rubrik till Färdtjänst och riksfärdtjänst	24
Planärenden	24

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

1 Inledning – allmänt om delegation av beslut

1.1 Delegationsordning

I Upplands-Bro kommun har Äldre- och omsorgsnämndens ansvarsområden fastställts i reglementen antagna av Kommunfullmäktige. Reglementena bestämmer vilka typer av beslut som respektive nämnd är behörig att ta beslut om. Av bland annat praktiska skäl har lagstiftaren ansett att det inte är rimligt att alla beslut i en kommun ska fattas av Äldre- och omsorgsnämnden. En sådan hantering skulle leda till många och väldigt långa nämndsammanträden. Det har därför förts in bestämmelser i kommunallagen (2017:725) om möjlighet för Äldre- och omsorgsnämnden att delegera beslutanderätten. En delegationsordning innehåller beslut om delegering av ärendetyper.

1.2 Vilka kan få delegation?

Enligt 6 kap. 37 § KL får en nämnd uppdra åt presidiet, ett utskott, en ledamot eller ersättare att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. En nämnd får även uppdra åt en anställd att besluta enligt 7 kap. 5 § KL.

1.3 Vad kan inte delegeras

Beslutanderätten får enligt 6 kap. 38 § KL inte delegeras i följande slag av ärenden:

1. Ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet, det vill säga ärenden av principiell natur.
2. Framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats.
3. Ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.
4. Ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden, eller
5. Ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

1.4 Delegationsbeslut

Delegering innebär ett överlåtande av beslutsfunktion. Beslut med stöd av delegation är juridiskt sett ett nämndbeslut. Delegaten beslutar i nämndens namn och beslutet blir därför jämställt med ett beslut som nämnden själv har fattat. Nämnden kan inte i efterhand ändra beslutet.

Nämnden har rätt att återkalla den givna beslutanderätten. Detta kan göras generellt för en viss grupp av ärende, för viss delegat eller för ett specifikt ärende. Nämnden kan också genom eget handlande föregripa ett beslut i ett

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

enskilt ärende genom att själv ta över ärendet. Ett sådant föregripande bör dock endast ske i ett ärende som nämnden anser vara av principiell beskaffenhet.

Saknas beslutspunkt i delegationsordningen?

Om du inte hittar den beslutspunkt som du söker efter så är ärendet inte delegerat. Det betyder att det är nämnden som själv ska ta beslut i ärendet.

1.5 Ersättare för delegat

Vid laga förfall för delegat övertas beslutanderätten av en ersättare. Med laga förfall avses frånvaro från tjänst eller uppdrag på grund av exempelvis sjukdom, semester, tjänstledighet, längre tjänsteresa, jäv eller liknande.

Ersättare regleras särskilt i delegationsordningen och kan exempelvis vara den som vikarierar för delegaten. Om ersättare inte finns övertas delegatens beslutanderätt av delegatens närmsta chef.

Om delegat som är i tjänst inte är nåbar och ett ärende är så brådskande att delegatens återkomst inte kan avvaktas, övertar delegatens närmaste chef delegationen. En person med högre befattning än delegatens, inom samma verksamhetsområde, har alltid minst samma behörighet att fatta de beslut som delegaten har. Delegaten och dennes chef ansvarar för att delegaten har den kunskap som krävs innan beslut fattas.

1.6 I samråd

Om beslut ska fattas i samråd får delegaten besluta endast om delegaten har samrått med aktuell befattningshavare enligt delegationsordningen.

1.7 Anmälan av delegationsbeslut till nämnden

Nämnden beslutar själv vilka av delegationsbesluten som ska anmälas tillbaka till nämnden och i vilken form återrapporteringen ska ske. Alla delegationsbeslut ska anmälas vid närmsta påföljande nämndsammanträde.

Finns delegaten att beslutet kan vara av omedelbart intresse för nämnden eller föreligger andra skäl därtill ska beslutet anmälas omgående.

Beslut som inte återrapporterats ska särskilt anslås på kommunens digitala anslagstavla. Beslut som inte anmäls ska protokollföras särskilt, om beslutet får överklagas enligt bestämmelserna i 13 kap. kommunallagen.

1.8 Ren verkställighet

Med ren verkställighet avses åtgärder som normalt vidtas i tjänstemannens dagliga arbete.

Åtgärdsbeslut som är av förberedande karaktär, som inte kan överklagas, eller som grundar sig på lag och avtal och som inte har något utrymme för självständiga bedömningar är inte beslut i kommunallagens mening. Det kan

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

exempelvis vara tillämpning av taxa som kommunfullmäktige antagit. Beslut till följd av arbetsledningsrätten är inte heller att betrakta som delegationsbeslut. Beslut inom budgetram är att betrakta som verkställighet. Gränsdragningen mellan delegation och verkställighet är dock inte alltid klar.

Rena verkställighetsbeslut ska inte anmälas till nämnden.

1.9 Överklagan av beslut – allmänt

Ett beslut ska överklagas skriftligt. I skrivelsen ska klaganden ange vilket beslut som överklagas och vilken ändring i beslutet som klaganden begär. Skrivelsen ska lämnas in till nämnden.

1.9.1 Förvaltningsbesvär

Förvaltningsbesvär innebär en rätt att överklaga enligt förvaltningslagen, FL. Förvaltningsbesvär kan anföras över beslut av nämnden som grundar sig på specialförfattningar med särskilda regler för hur beslut överklagas. Enligt förvaltningslagen får ett beslut överklagas av den som beslutet angår. Det krävs också att beslutet har gått honom eller henne emot och att det är ett beslut som är möjligt att överklaga.

Överklagandet skall lämnas in senast tre veckor efter att den som överklagar har tagit del av beslutet.

1.9.2 Laglighetsprövning

Laglighetsprövning innebär en rätt att överklaga enligt kommunallagen. Vid laglighetsprövning avgör domstolen om beslutet strider mot någon lag eller författning, till exempel genom att det har begåtts något formellt fel eller om kommunen har överskridit sina befogenheter.

Överklagandet skall lämnas in senast tre veckor efter att beslutet anslagits på kommunens anslagstavla (se anmälan av delegationsbeslut).

1.10 Brådskande beslut

I de fall ett ärende är så brådskande att Äldre- och omsorgsnämndens sammanträde inte kan avvaktas har Äldre- och omsorgsnämndens ordförande rätt att besluta på Äldre- och omsorgsnämndens vägnar, i enlighet med 6 kap. 39 § KL. Denna beslutanderätt ska användas restriktivt. Ordförandebeslut ska anmälas till Äldre- och omsorgsnämnden nästkommande sammanträde och innehålla uppgift om att ärendet var brådskande.

1.11 MBL förhandling eller samråd

Delegat svarar i förekommande fall för att förhandlingsskyldighet enligt medbestämmandelagen är uppfylld och att ingångna samverkansavtal med personalorganisationerna följs innan beslut fattas.

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

2 Angående Äldre- och omsorgsnämndens delegationsordning

2.1 Delegationer

Kommunstyrelsen delegerar inom sitt verksamhetsområde de ärendegrupper som tas upp i denna delegationsordning. Delegat är det organ eller den befattningshavare som angivits vid respektive ärendegrupp och på de villkor som uppställs vid respektive ärendegrupp.

Förkortningar definieras i avsnitt 3.

Med avdelningschef avses närmaste chefsnivå under socialchef. Med enhetschef avses närmaste chefsnivå under avdelningschef. Person med högre befattning kan fatta beslut som delegerats till person med lägre befattning

2.2 Förordnande av ersättare

När ersättare förordnas för befattningshavare som är delegat, övergår delegationen på ersättaren.

2.3 Jäv

2.3.1 Socialchef

Är socialchefen jävig övertar Äldre- och omsorgsnämndens ordförande delegationerna.

2.3.2 Avdelningschefer och enhetschefer

Är avdelningschef jävig övertar socialchef delegationerna.

Är enhetschef jävig övertar avdelningschef delegationerna.

2.3.3 Övriga anställda

Avdelningschef eller enhetschef övertar delegationer till jävig delegat anställd inom respektive avdelning inom socialkontoret.

2.3.4 Äldre- och omsorgsnämndens ordförande

Är Äldre- och omsorgsnämndens ordförande jävig övertar Äldre- och omsorgsnämndens vice ordförande delegationerna till ordföranden. Är även Äldre- och omsorgsnämndens vice ordförande jävig övertar socialchef delegationerna, med undantag för delegation vid brådskande beslut i enlighet med 6 kap. 39 § KL.

2.4 Laga förfall

Vad som föreskrivits i fråga om jäv gäller även när delegat har laga förfall, om inte ersättare har förordnats. Med laga förfall avses frånvaro på grund av sjukdom, semester, eller annan giltig frånvaro från anställning eller uppdraget.

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

3 Förkortningar

AB	Allmänna bestämmelser
AU	Arbetsutskott
AL	Arkivlagen
AML	Arbetsmiljölagen
Bistånd	Biståndsenheten
BrB	Brottsbalken
FL	Förvaltningslagen
GDPR	General Data Protection Regulation (Dataskyddsförordningen)
HSLF -FS	Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
JK	Justitiekansler
JO	Justitiseombudman
KC	Kontaktcenter
KL	Kommunallagen
LAS	Lagen om anställningsskydd
LOU	Lagen om offentlig upphandling
LOV	Lagen om valfrihetssystem
OSL	Offentlighet och sekretesslagen
PSL	Patientsäkerhetslagen
SoF	Socialtjänstförordningen
SoL	Socialtjänstlagen
TF	Tryckfrihetsförordning
ÄON	Äldre- och omsorgsnämnden

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

4 Delegationsordning

Ärende- grupp nr	Ärendetyp	Lagrum	Delegat (lägsta)
1	Beslut i brådskande ärenden		
1.1	Beslut i brådskande ärenden i de fall nämndens beslut inte kan avvaktas Anmärkning: Beslutanderätten gäller ej beslut som omfattas av bestämmelserna i 10 kap. 4 och 5 §§ SoL samt 6 kap 38 § KL	6 kap. 39 § KL	Ordförande
2	Offentlighets- och sekretesslagen		
2.1	Beslut om avslag/delavslag på begäran om utlämnande av allmän handling till enskild eller annan myndighet samt uppställande av förbehåll i samband med utlämnande till enskild	2 kap. 14 § TF 6 kap 3, 7 och 10 kap 4,13–14 §§ OSL	Avdelningschef
2.2	Beslut om bifall på begäran om sekretessbelagd uppgift i allmän handling till enskild eller annan myndighet	10 kap. 28 § OSL	Biståndshandläggare
2.3	Beslut att lämna ut uppgifter ur personregister till statliga myndigheter i forskningssyfte	12 kap. 6 § SoL	Socialchef
3	Anskaffning av varor och tjänster - avrop		
3.1	Anskaffning av varor och tjänster för verksamhetens behov -Inom beloppsgränsen upp till fem prisbasbelopp	LOU	Socialchef

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

	-Inom beloppsgränsen tre prisbasbelopp -Inom beloppsgränsen ett prisbasbelopp Anmärkning: I enlighet med kommunens upphandlingspolicy.		Avdelningschef Enhetschef
4	Anskaffning av varor och tjänster – direktupphandling		
4.1	Anskaffning av varor och tjänster för verksamhetens behov - Inom beloppsgränsen upp till fem prisbasbelopp - Inom beloppsgränsen tre prisbasbelopp - Inom beloppsgränsen ett prisbasbelopp Anmärkning: I enlighet med kommunens upphandlingspolicy.	LOU	Socialchef Avdelningschef Enhetschef
5	Upphandling		
5.1	Beslut om deltagande i upphandling som har genomförts eller kommer att genomföras av annan myndighet/organisation med ett kontraktsvärde upp till 5 mnkr.	Gäller alla typer av upphandlingar/(ramavtal, uppdrag, varor, koncession) som enbart avser den egna nämnden	Socialchef
5.2	Beslut om deltagande i upphandling som har genomförts eller kommer att genomföras av annan myndighet med ett totalt kontraktsvärde <u>över 5 mnkr</u>	Gäller alla typer av upphandlingar (ramavtal, uppdrag, varor, koncession) som enbart avser den egna nämnden	Upphandlingschef i samråd med socialchef
5.3	Besluta att godkänna upphandlingsdokument för upphandling med ett totalt	Gäller alla typer av upphandlingar (ramavtal, uppdrag,	

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

	<p>kontraktsvärde</p> <p>- mellan 0,5 mnkr och 5 mnkr.</p> <p>-över 5 mnkr</p>	<p>tjänstekoncession) som enbart avser den egna nämnden</p>	<p>Socialchef</p> <p>ÄON</p>
5.4	<p>Beslut att inte lämna ut allmänna handlingar eller att lämna ut handlingar med förbehåll i pågående upphandlingsärende</p>	<p>OSL 19 kap 3§, 31 kap 16§</p>	<p>Upphandlingschef</p>
5.5	<p>Rätt att avge yttrande i överprövning av upphandlingsärende i mål, vid domstol eller annan myndighet. Gäller även rätt att anlita ombud för sådan talan. Delegationen omfattar även att ta ställning till om beslut eller dom ska överklagas</p>		<p>Upphandlingschef</p>
5.6	<p>Besluta om tilldelningsbeslut eller att avbryta upphandling för upphandling med ett kontraktsvärde</p> <p>- upp till 0,5 mnkr (vilket även innefattar rätten att teckna avtal)</p> <p>-över 0,5 mnkr</p>		<p>Enhetschef</p> <p>Upphandlingschef</p>
5.7	<p>Rätt att teckna avtal efter kontors-/nämndspecifik upphandling med ett kontraktsvärde över 0,5 mnkr</p>	<p>Alla typer av avtal</p>	<p>Socialchef</p>
5.8	<p>Rätt att besluta om avrop med värde överstigande 4 basbelopp från gällande ramavtal inom årligen beslutad budget samt hantera utlämning av handlingar och sekretessbeslut relaterade till sådana avrop</p>	<p>Avrop utifrån gällande ramavtal understigande fyra basbelopp betraktas som verkställighetsbeslut</p>	<p>Enhetschef</p>
5.9	<p>Rätt att godkänna och teckna avtal gällande utförare för LOV</p>	<p>8 kap. § 1-3 LOV</p>	<p>Socialchef</p>
5.10	<p>Rätt att avslå ansökan att bedriva verksamhet enligt LOV</p>	<p>8 kap. § 1 LOV</p>	<p>Socialchef</p>

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

5.11	Rätt att häva ingånget avtal enligt LOV	7 kap. § 1 LOV	Socialchef
6	Arkivansvar		
6.1	Utse/entlediga arkivansvarig och fastställa arkivorganisation	Arkivlagen	Socialchef
6.2	Arkivansvar – central administration – centralarkiv på myndighet och beställaravdelningen – enheterna	§§ 4, 5 och 6 arkivlagen	Avdelningschef Enhetschef myndighet Enhetschef
6.3	Anta dokumenthanteringsplan		Socialchef
6.4	Besluta om gallring och bevarande av handlingar som inte omfattas av dokumenthanteringsplanen.		Socialchef
7	Dataskyddsförordningen		
7.1	Beslut om att helt eller delvis avslå en begäran från en registrerad om att få information om huruvida personuppgifter om denne behandlas, få tillgång till personuppgifterna och information om ändamålet m.m med behandling.	Artikel 15 GDPR	Enhetschef
7.2	Beslut om att helt eller delvis avslå den registrerades begäran om att få felaktiga personuppgifter som rör denne rättade eller ofullständiga personuppgifter	Artikel 17 GDPR	Enhetschef

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

	kompletterade ("rätt till radering")		
7.3	Beslut om att helt eller delvis avslå den registrerades begäran om att få felaktiga personuppgifter som rör denne rättade eller ofullständiga personuppgifter kompletterade ("rätt till rättelse")	Artikel 16 GDPR	Enhetschef
7.4	Beslut om att helt eller delvis avslå den registrerades begäran om att begränsa personuppgiftsbehandling (rätt till begränsning av behandling)	Artikel 18 GDPR	Enhetschef
7.5	Beslut om att helt eller delvis avslå den registrerades begäran om att få ut de personuppgifter som rör hen samt överföra dessa uppgifter till annan personuppgiftsansvarig ("dataportabilitet")	Artikel 20 GDPR	Enhetschef
7.6	Beslut om att fortsätta behandling av personuppgifter, trots den registrerades invändningar, p.g.a att kommunens berättigade skäl för behandling väger tyngre än den registrerades intressen, rättigheter och friheter eller i de fall det sker för fastställande, utövande eller försvar av rättsliga anspråk ("rätt att göra invändningar")	Artikel 21 GDPR	Enhetschef

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

7.7	Ingå och underteckna personuppgiftsbiträdesavtal inom sitt verksamhetsområde.	Artikel 28 GDPR	Socialchef
7.8	Utse/entlediga dataskyddsbud	Artikel 37 GDPR	Socialchef
8	Arbetsmiljölagen En skriftlig delegation ska undertecknas		
8.1	Ansvar för arbetsmiljö och internkontroll <ul style="list-style-type: none"> - övergripande förvaltningsnivå - övergripande avdelningsnivå - inom en enhet 	AML	Socialchef Avdelningschef Enhetschef
9	Personalärenden		
9.1	Beslut att anställa personal <ul style="list-style-type: none"> - Avdelningschef - Enhetschefer - Övrig personal vid enheten - Anställning av personal med arbetsmarknadsstöd 	AB, 2 kap. 4 § Mom.1 grunderna för lagen om anställningsskydd Mom.2 Provanställning sammanlagt högst 6 kalendermånader om det föreligger ett prövobehov	Socialchef Avdelningschef Enhetschef Enhetschef
9.2	Beslut att begära intyg om arbetsförmåga och	AB § 3	Enhetschef

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

	hälsoundersökningar		
9.3	Beslut om entledigande – från arbetstagarens sida Anmärkning I samråd med personalstaben.	AB § 33	Enhetschef
9.4	Besked om att tidsbegränsad anställning upphör	AB § 4, LAS § 15	Enhetschef
9.5	Beslut om ledigheter utöver lag och avtal	AB § 25 Mom. 6 ledighet om det är förenligt med verksamhetens krav utöver de fall som regleras i lag	Enhetschef
9.6	Beslut om avstängning med eller utan löneförmåner – förseelser m.m. medicinska skäl	AB § 10, mom 1-3, 7 mom 4-7	Socialchef
9.7	Beslut om skriftlig varning	AB § 11	Enhetschef
9.8	Uppsägning p.g.a. arbetsbrist	LAS § 7	Avdelningschef
9.9	Uppsägning p.g.a. personliga skäl	LAS § 7	Avdelningschef
9.10	Beslut om avsked	LAS § 18	Socialchef
10	Kurser och konferenser		
10.1	Beslut om deltagande i kurser och konferenser för förtroendevalda Anmärkning: Ordförande då beslut i arbetsutskott inte kan avvaktas.		Arbetsutskott
11	Teckna och säga upp avtal		
11.1	Teckna hyreskontrakt avseende lokaler -Inom beloppsgränsen upp till fem (5) prisbasbelopp i årskostnad -Inom beloppsgränsen tre (3) prisbasbelopp i årskostnad -Inom beloppsgränsen ett (1) prisbasbelopp i årskostnad	12 kap jordabalken	Socialchef Avdelningschef Enhetschef

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

11.2	Uppsägning av hyreskontrakt avseende lokaler	12 kap jordabalken	Socialchef
11.3	Teckna och säga upp avtal vid extern placering i särskilt boende eller korttidsplats		Enhetschef
11.4	Teckna licensavtal, samverkansavtal och därmed jämförliga avtal -Inom beloppsgräns upp till fem (5) prisbasbelopp -Inom beloppsgräns tre (3) prisbasbelopp -Inom beloppsgräns ett (1) prisbasbelopp		Socialchef Avdelningschef Enhetschef
11.5	Säga upp licensavtal, samverkansavtal och därmed jämförliga avtal		Avdelningschef
12	Beslutsattester och kontoansvariga		
12.1	Beslut att utse beslutsattesteranter och kontoansvariga	Regler för ekonomisk förvaltning	Socialchef
13	Representation		
13.1	Beslut om representation Anmärkning: Avser ej förtäring vid konferenser, möten, studiebesök m.m. vilket ingår i ordinarie budgetansvar.		Socialchef
14	Ansökan om medel		
14.1	Beslut om ansökan och redovisning av statsbidrag		Socialchef
14.2	Beslut om ansökan och redovisning av statsbidrag		Socialchef
15	Utredning, uppföljning och avslut av insats		
15.1	Beslut om att inleda utredning	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

15.2	Beslut om att utredning inte skall inledas	11 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare
15.3	Beslut om att utredning inte skall föranleda åtgärd	11 kap. 1 § SoL	Samordnare myndighet
15.4	Beslut om att avsluta insats enligt 4 kap. 1 § SoL - vid oenighet	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare Enhetschef myndighet
15.5	Beslut om bistånd med anledning av ansökan från person bosatt i annan kommun	2 a kap. 8, 9 §§ SoL	Enhetschef myndighet

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

16	Överflyttning av ärende		
16.1	Beslut i fråga om mottagande/överflyttning av ärende från/till annan kommun	2a kap 10§ SoL	Enhetschef myndighet
16.2	Beslut om att ansöka hos Inspektionen för vård och omsorg om överflyttning av ärende samt yttrande till Inspektionen för vård och omsorg i ärende om överflyttning.	2a kap 11§ SoL	Enhetschef myndighet
17	Äldreomsorg		
17.1	Beslut om bistånd i form av hjälp i hemmet	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare
17.2	Beslut om bistånd i form av särskilt boende för service och omvårdnad	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef myndighet
17.3	Beslut om bistånd i form av särskilt boende för service och omvårdnad vid parboende	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef myndighet
17.4	Beslut om bistånd i form av vård och boende eller annan viss korttidsvård Under högst fyra månader Efter de första fyra månaderna	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef myndighet AU
17.5	Beslut om bistånd i form av dagverksamhet	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare
17.6	Beslut om bistånd i form av ledsagning	4 kap. 1 § SoL	Biståndshandläggare
17.7	Beslut av akuta insatser till nästkommande vardag vid utskrivning från sjukhus. Anmärkning Delegationen gäller under socialjouren nordvästs öppettider då socialtjänsten i Upplands Bro kommun har stängt. Delegationen gäller för akuta beslut då socialsekreterare på socialjour nordväst bedömt att det inte är möjligt att avvakta till näst kommande vardag. Socialsekreterare på socialjouren kontaktar jourhavande enhetschef för beslut i ärendet.	4 kap. 1 § SoL	Enhetschef

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

17.8	Beslut om extern placering särskilt boende heldygnsoomsorg. Under högst fyra månader Efter de första fyra månaderna		Enhetschef myndighet AU
17.9	Beslut om extern placering korttidsplats särskilt boende heldygnsoomsorg. Under högst fyra månader Efter de första fyra månaderna		Enhetschef myndighet AU
18	Överklagande till domstolar		
18.1	Beslut om att föra talan i ärenden eller mål vid allmän domstol eller förvaltningsdomstol samt utse ombud att föra nämndens talan	10 kap 2 § SoL	Ändras från Socialchef till avdelningschef
18.2	Beslut huruvida ändring av beslut får ske.	37 § FL	Delegaten i ursprungsbeslutet
18.3	Beslut huruvida ändring av beslut ska ske.	38 § FL	Delegaten i ursprungsbeslutet
18.4	Prövning av att överklagande skett i rätt tid och avvisning av överklagande som kommit in för sent gällande - beslut av äldre- och omsorgsnämnden och arbetsutskott - beslut av annan delegat.	45§ FL	Enhetschef myndighet Delegaten i ursprungsbeslutet
18.5	Överklagande och yrkande om inhibition när förvaltningsrätt eller kammarrätt ändrat nämndens beslut och detta beslut ursprungligen fattats av delegaten samt avgivande av yttrande i SoL-ärenden där ursprungsbeslutet fattats av delegat Anmärkning: Beslutet avser inte myndighetsutövning mot enskilda i ärende av	10 kap 1-2 §§ SoL	Delegaten i ursprungsbeslutet

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

	principiell beskaffenhet eller annars av större vikt (jfr RÅ 1994 ref 67).		
18.6	Överklagande, yrkande om inhibition samt yttrande till förvaltningsrätt och kammarrätt i SoL-ärenden när ursprungsbeslutet fattats av nämnd. Anmärkning: Brådska råder eller nämnd-/utskottssammanträde kan inte avvaktas.	10 kap 1-2 §§ SoL, 6 kap. 39 § KL	Ordförande
18.7	Överklagande, yrkande om inhibition samt yttrande till förvaltningsrätt och kammarrätt i ärende rörande riksfärdtjänst där ursprungsbeslutet fattats av arbetsutskott	Angående rättelse och ändringar av beslut samt överklagande, se FL 36 - 48 §§.	Arbetsutskott
18.8	Överklagande, yrkande om inhibition, samt yttrande till förvaltningsrätt och kammarrätt i ärende rörande riksfärdtjänst där ursprungsbeslutet fattats av delegat	Angående rättelse och ändringar av beslut samt överklagande, se FL 36 - 48 §§.	Delegaten i ursprungsbeslutet
18.9	Överklagande, yrkande om inhibition, samt yttrande till förvaltningsrätt och kammarrätt i ärende rörande särskild avgift för icke verkställda beslut där ursprungsbeslutet fattats av delegat	Angående rättelse och ändringar av beslut samt överklagande, se FL 36 - 48 §§.	Socialchef
18.10	Anmälan om behov av offentligt biträde	3 § Lag om offentligt biträde 14 § FL	Enhetschef myndighet
18.11	Avvisande av ombud och biträde		AU
18.12	Överklagande av annan	22 § FL	Socialchef

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

	myndighets- och domstolsbeslut samt yrkande om inhibition till nästa instans.		
19	Yttranden		
19.1	Uppgiftslämnande på begäran av smittskyddsläkare	6 kap 9 § smittskyddslagen	Enhetschef myndighet
19.2	Anmälningsskyldighet enligt smittskyddslagen om det uppmärksammas att den smittade inte följer meddelade förhållningsregler	6 kap 12 § smittskyddslagen	Enhetschef myndighet
19.3	Yttrande till allmän domstol		Enhetschef myndighet
19.4	Yttrande till förvaltningsdomstol		Enhetschef myndighet
19.5	Yttrande till tillsynsmyndighet – verksamhetstillsyn. Anmärkning: Tillsynsmyndighet kan vara IVO, länsstyrelsen i resp. län, JO och JK. I första hand bör nämnden avge yttrande på grund av ärendets principiella betydelse.	13 kap. 2 § SoL	ÄON
19.6	Yttrande till tillsynsmyndighet – individärenden. Anmärkning: Tillsynsmyndighet kan vara IVO, länsstyrelsen i resp. län, JO och JK.	13 kap. 2 § SoL	AU
19.7	Komplettering av yttrande till tillsynsmyndighet – individärenden och verksamhetstillsyn. Anmärkning: Tillsynsmyndighet kan vara IVO, länsstyrelsen	13 kap. 2 § SoL	Socialchef

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

	i resp.län, JO och JK		
19.8	Yttranden och svar på remisser eller enkäter till andra myndigheter och andra organ. Avser områden som inte har karaktären av kommunens ställningstagande utan är information om kommunen och inom ramen för verkställighet av den vars verksamhetsområde berörs		Enhetschef inom ramen för sitt verksamhetsområde
20	God man/förvaltare och målsägarbiträde		
20.1	Beslut om anmälan till överförmyndaren om behov av god man/förvaltare	5 kap. 3 § p.1 SoF	Biståndshandläggare
20.2	Beslut om anmälan till överförmyndaren om att behov av god man/förvaltare inte längre föreligger	5 kap. 3 § p.2 SoF	Biståndshandläggare
21	Polisanmälan		
21.1	Beslut om polisanmälan angående misstanke om vissa brott mot underårig samt vissa grövre brott. Anmärkning: Avser misstanke om brott enligt BrB 3, 4 och 6 kap. samt misstanke om brott för vilket inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i ett år. Såväl anmälan som uppgiftslämnande.	12 kap. 10 § SoL 10 kap 21–24 §§ OSL	Samordnare myndighet
21.2	Beslut om polisanmälan angående brott mot nämndens verksamhet – vid brådskanie ärenden	12 kap. 10 § SoL	AU Ordförande
22	Lex Maria Patientsäkerhetslagen		
22.1	Beslut att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om allvarlig vårdskada mm inom hälso- och sjukvården, lex Maria. Anmärkning: Vårdgivaren ansvarar för att anmälningar görs	3 kap 5–6 §§ PSL och 4§ HSLF-FS 2017:41	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

22.2	Anmälan till Inspektionen för vård och omsorg om en person som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivare, kan utgöra en fara ur ett patientsäkerhets- eller förtroendeperspektiv (oskicklighet, olämplighet, brottslighet, sjukdom eller missbruk av alkohol, narkotika eller andra droger)	3 kap 7 § PSL	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
23	Lex Sarah		
23.1	Beslut att anmäla allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande till IVO	14 kap 7§ SoL,	Från Socialchef till Avdelningschef
24	Lex Maja		
24.1	Anmäla till Länsstyrelsen eller Polismyndigheten när man påträffar ett djur som utsätts för vanvård eller misshandel, uppenbart visar symptom på sjukdom eller är allvarligt skadat.	10 kap 20a § Offentlighets- Och sekretess-lagen	Biståndshandläggare Socialsekreterare
25	Egendomsskada		
25.1	Beslut om att ersätta enskild person för egendomsskada vid myndighetsutövning som förorsakats av personal upp till ett basbelopp Upp till ett prisbasbelopp Över ett prisbasbelopp	3 kap. 2 § skade- stånds-lagen	Enhetschef AU
26	Avgifter		

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

26.1	Fastställa avgiftsunderlag	8 kap. 4 § SoL	Avgiftshandläggare
26.2	Bestämma förbehållsbelopp	8 kap. 6 § SoL	Avgiftshandläggare
26.3	Beslut om avdrag och tillägg till minimibelopp	8 kap. 8 § SoL	Avgiftshandläggare
26.4	Beslut om avgift	8 kap. 5 § SoL	Avgiftshandläggare
26.5	Beslut om ändring av avgift	8 kap. 9 § SoL	Avgiftshandläggare
26.6	Beslut om nedskrivning av avgift	4 kap. 2 § SoL	Avgiftshandläggare
26.7	Beslut om avgiftsbefrielse	4 kap. 2 § SoL	Enhetschef Myndighet
27	Färdtjänst och riksfärdtjänst		
27.1	Utredning till färdtjänstnämnd om färdtjänstansökan	6 § 3 st lag om färdtjänst	Färdtjänstutredare i KC Biståndshandläggare
27.2	Beslut om tillstånd till riksfärdtjänst	4–7 §§ lag om riksfärdtjänst	Biståndshandläggare
27.3	Beslut om ersättning för riksfärdtjänstresa	8 § lag om riksfärdtjänst	Biståndshandläggare
27.4	Beslut om att återkalla tillstånd till riksfärdtjänst <ul style="list-style-type: none"> - om förutsättningar för tillstånd inte längre finns - om tillståndshavaren gjort sig skyldig till allvarliga och upprepade överträdelse av de föreskrifter som gäller för riksfärdtjänst 9 § lag om riksfärdtjänst 	9 § lag om riksfärdtjänst	Biståndshandläggare AU
28	Planärenden		
28.1	Utlåtande i enklare planärenden utan större principiell betydelse	3 kap. 2 § SoL	Socialchef

Äldre och omsorgsnämndens
delegationsordning

28.2	Utlåtande i planärenden med större principiell betydelse	3 kap. 2 § SoL	Äldre- och omsorgsnämnden
------	--	----------------	---------------------------



Datum	Vår beteckning	Er beteckning
	ÅON 21/0137	

Äldre- och omsorgsnämnden

Yttrande - Rekommendation om överenskommelse länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg

Förslag till beslut

Äldre- och omsorgsnämnden rekommenderar Kommunstyrelsen

1. anta Huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg
2. meddela Storsthlm sitt ställningstagande senast 30 juni 2022 med e-post till registrator@storsthlm.se

Sammanfattning

Storsthlm har tillsammans med Region Stockholm tagit fram ett förslag till Huvudöverenskommelse för samverkan inom hälsa, vård och omsorg i Stockholms län (HÖK). För att underlätta och samordna när insatser ges från både kommun och region finns flera länsövergripande överenskommelser som reglerar samverkan och ansvarsfördelning inom olika sakområden inom vård och omsorg. Det har dock saknats en huvudöverenskommelse med dels gemensam målsättning och gemensamma utgångspunkter samt dels principer om samverkan på olika nivåer. Den föreslagna huvudöverenskommelsen börjar gälla tidigast 1 juli 2022, eller efter att samtliga parter har beslutat att anta överenskommelsen.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad 25 mars 2022
- Rekommendation om att anta Huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg, HÖK
- Huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg
- Riktlinje för länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg- Riktlinje enligt huvudöverenskommelse (HÖK)
- Presentation HÖK
- Minnesanteckningar frågor-svars-möte om HÖK 9 november 2021



Ärendet

Kommunerna i länet och Region Stockholm har en långvarig erfarenhet av samverkan. Det fortsatta utvecklingsarbetet behöver dock stödjas genom en samordningsstruktur för hur kommunerna och regionen tydligare organiserar sitt gemensamma arbete. Storsthms styrelse beslutade därför på sitt sammanträde den 14 oktober 2021 att rekommendera kommunerna i länet att anta huvudöverenskommelsen om länsövergripande samverka kring hälsa, vård och omsorg (HÖK). Syftet med huvudöverenskommelsens är att skapa bättre förutsättningar för samarbete mellan parternas verksamheter och därmed bidra till det övergripande målet för samverkan mellan regionen och kommunerna. Det vill säga, att den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg som ska ske på ett samordnat, jämlikt och kostnadseffektivt sätt. Samverkan sker på flera olika nivåer och mellan ett stort antal aktörer i länet. Genom denna överenskommelse fastställs den övergripande organisationen för samverkan.

Förslaget till huvudöverenskommelse fastställer även principer för;

- parternas gemensamma och respektive ansvar för sammanhållen, god, delaktig och effektiv vård och omsorg
- struktur för samverkan på olika nivåer mellan kommunerna och regionerna
- hur samverkan ska ske lokalt, delregionalt och regionalt
- hur överenskommelser inom sakområden ska tas fram/revideras och följas upp

Riktlinje för länsövergripande samverkan

Till huvudöverenskommelsen finns en riktlinje för länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg. Denna beskriver bland annat organisation, processer och arbetssätt kring samverkan. Parterna förbinder sig genom HÖK att samverka i enlighet med riktlinjen. Riktlinjen uppges kunna revideras över tid.

I riktlinjen förtydligas att med hälsa, vård och omsorg avses samlat alla de insatser som ges av kommunerna och regionen enligt det lagreglerade ansvaret:

- Med hälso- och sjukvård avses de insatser som ges av antingen kommunen eller regionen enligt hälso- och sjukvårdslagen eller tandvårdslagen
- Med socialtjänst respektive omsorg avses insatser som ges av kommunen enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade eller annan relevant lagstiftning



Organisation för samverkan

Kommunerna har genom Storsthms styrelse och hälso- och sjukvårdsnämnden i regionen en politisk styrgrupp, Vård i samverkan (VIS). Den politiska styrgruppen leder den strategiska inriktningen för länsövergripande ärenden och beslut i respektive organisation gällande frågor som rör hälsa, vård och omsorg. Som stöd i sitt arbete har VIS en tjänstemannastyrgrupp, Sammanhållen vård- och omsorg. Denna styrgrupp stöds av olika samrådsgrupper och arbetsgrupper för olika sakområden.

Lokal samverkan med samordnande funktion och samordnande vårdcentral

I den lokala samverkan ska enligt förslaget till huvudöverenskommelse, respektive part utse en samordnande funktion i den lokala samverkan. Kommunens samordnande funktion ska ansvara för samverkan kring hälso- och sjukvård och omsorg och enligt förslaget vara en länk för samverkans aktörer in till kommunens berörda verksamheter inklusive utförarverksamhet i privat regi. Denne ska delta i lokal samverkan.

Den kommunala samordnande funktionen förväntas:

- vara kontaktperson för andra aktörer i samverkan med kommunen kring vård- och omsorg
- delta i lokala samverkansmöten med samordnad vårdcentral och eventuella andra aktörer
- kunna föra frågor till och från kommunens verksamheter inklusive utförarverksamheter i privat regi

Den kommunala samordnande funktionen bör därutöver ha:

- god kunskap om socialtjänstens organisation och uppdrag
- kännedom om aktuella samverkansfrågor kring hälso- och sjukvård och omsorg

Beroende på kommunens organisation kan det behövas att kommunen utser fler än en person till funktionen som samordnande funktion för att utöver hälso- och sjukvården täcka in socialtjänstens alla verksamhetsområden.

Regionens vårdcentraler har redan idag ett uppdrag gällande lokal samverkan. Det innebär att vårdcentralerna i en kommun eller stadsdel tillsammans ska utse en samordnande vårdcentral. Uppdraget för denna är bland annat att sammankalla till lokala samverkansmöten. Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har uppdragits att stödja och vägleda de samordnande vårdcentralerna.

Socialkontorets bedömning

Socialkontoret ställer sig positiv till förslaget om en huvudöverenskommelse mellan kommunerna och regionen gällande hälsa, vård och omsorg. Huvudöverenskommelsen främjar samverkan mellan huvudmännen och bidrar



till gemensamma principer och en tydlig utgångspunkt för hur samverkan ska bedrivas och följas upp på olika nivåer.

Socialkontoret vill understryka vikten av att den kommunala samordnande funktionen/funktionerna representeras av personer med god kunskap inom hälso- och sjukvårdsfrågor samt inom socialtjänstens områden.

Barnperspektiv

Ärendet bedöms inte medföra några direkta konsekvenser ur ett barnrättsperspektiv.

██████████

Socialchef

██████████

Avdelningschef Äldre- och
omsorgsavdelningen

Bilagor

1. Rekommendation överenskommelse samverkan vård och omsorg
2. Huvudöverenskommelse samverkan vård och omsorg
3. Riktlinje för länsövergripande samverkan
4. Presentation HÖK
5. Minnesanteckningar frågor-svars-möte om HÖK 9 november 2021

Beslut sänds till

- Kommunstyrelsen

Kommunstyrelser
Berörda förvaltningschefer inom
Socialförvaltning

Huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg, HÖK

Rekommendation

Storsthlm styrelse beslutade på sammanträdet den 14 oktober 2021 att rekommendera kommunerna i länet att anta huvudöverenskommelsen om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg (HÖK).

Bakgrund

Kommunerna i länet och Region Stockholm har en långvarig grund för samverkan. Men det fortsatta utvecklingsarbetet behöver stödjas genom en samordningsstruktur för hur kommunerna och regionen organiserar sitt gemensamma arbete ännu tydligare. För att underlätta och samordna när insatser ges från både kommun och region finns flera länsövergripande överenskommelser som reglerar samverkan och ansvarsfördelning i olika sakområden inom vård och omsorg. Det har saknats en huvudöverenskommelse med gemensam målsättning och utgångspunkter samt principer för samverkan på olika nivåer.

Beskrivning av huvudöverenskommelsen

Storsthlm har tillsammans med Region Stockholm tagit fram ett förslag till Huvudöverenskommelse för samverkan inom hälsa, vård och omsorg i Stockholms län (förkortad HÖK). Styrgrupp för arbetet har varit Tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg. Storsthlm styrelse beslutade 2021-10-14 att rekommendera kommunerna i länet att anta överenskommelsen.

Förslaget till huvudöverenskommelse bygger till stor del vidare på de arbetssätt och samverkansformer som hittills fungerat väl, och ska samtidigt ge förutsättningar för fortsatt dialog, utveckling och förändring av samverkan.

Arbetet grundar sig på en gemensam förstudie som genomfördes år 2018 (länk till [förstudien](#) samt [bilagor](#)). Sakkunskap inhämtades från tjänstemän, jurister, ekonomer, kommunikatörer och e-strateger från kommun och region.

Kommunerna i länet har under våren år 2021 getts möjlighet att lämna synpunkter på förslaget till överenskommelse genom en tjänstemannaremiss. Synpunkter har även inhämtats från tjänstepersoner inom i Region Stockholm.

STORSTHLM

Förslaget till huvudöverenskommelse fastställer principer för:

- parternas gemensamma och respektive ansvar för sammanhållen, god, delaktig och effektiv vård och omsorg,
- struktur för samverkan på olika nivåer mellan kommunerna och regionen,
- hur samverkan ska ske lokalt, delregionalt och regionalt.
- hur överenskommelser inom sakområden ska tas fram/revideras och följas upp.

Riktlinje

Eftersom överenskommelsen är långsiktig kommer de delar i samverkan som kan komma att behöva förändras över tid, bland annat organisation för samverkan och process för uppföljning av samverkan, regleras i en särskild riktlinje till överenskommelsen. Arbetet med riktlinjen pågår och kommunerna i länet kommer att involveras i framtagandet. Riktlinjen kommer sedan att fastställas av tjänstemannastyrguppen Sammanhållen vård och omsorg i februari år 2022.

Samordnande funktion i den lokala samverkan

I den lokala samverkan ska enligt förslaget till ny huvudöverenskommelse, respektive part utse en samordnande funktion i den lokala samverkan i kommunen (och stadsdelarna i Stockholm stad).

Kommunens samordnande funktion

Kommunens samordnande funktion ska, enligt förslaget till ny huvudöverenskommelse vara en länk för samverkansaktörer in till kommunens berörda verksamheter, inklusive utförarverksamhet i privat regi.

Den kommunala samordnande funktionen förväntas:

- vara kontaktperson för andra aktörer i samverkan med kommunen kring vård- och omsorg,
- delta i lokala samverkansmöten med samordnande vårdcentral, och eventuella andra aktörer,
- kunna föra frågor till och från kommunens verksamheter, inklusive utförarverksamheter i privat regi.

Den samordnande funktionen bör ha:

- god kunskap om socialtjänstens organisation och uppdrag,
- kännedom om aktuella samverkansfrågor kring hälso- och sjukvård och omsorg.

Beroende på till exempel kommunens organisation kan det behövas att kommunen utser fler än en person till funktionen samordnande funktion för att täcka in alla socialtjänstens verksamhetsområden.

Den kommunala samordnande funktionens roll kan komma att utvecklas över tid, och kan också behöva anpassas utifrån förutsättningarna i den lokala samverkan.

STORSTHLM

Samordnande vårdcentral

Det finns redan idag ett uppdrag för vårdcentralerna i den lokala samverkan. Vårdcentralerna i en kommun, eller stadsdel i Stockholm stad, ska tillsammans utse en samordnande vårdcentral. Det kan vara en vårdcentral antingen regionens regi eller i privat regi. Uppdraget är bland annat att organisera och sammankalla till lokala samverkansmöten. Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har också uppdragits att stödja och vägleda de samordnande vårdcentralerna.

Uppdraget är formulerat enligt nedan i förfrågningsunderlaget för husläkarverksamhet från och med 1 februari 2021.

”Husläkarmottagningarna i varje kommun/stadsdel ska gemensamt utse en husläkarmottagning som, på strukturell nivå, ska ansvara för samordningen av samverkan mellan vård- och omsorgsgivare som invånarna i kommunen/stadsdelen vänder sig till. Den husläkarmottagning som har blivit utsedd ska rapportera detta till HSF senast den 30 april. I de fall vårdgivarna i en kommun/stadsdel inte utser en mottagning kommer HSF att utse vilken mottagning som ska vara ansvarig.

Att samordna samverkan på strukturell nivå innebär att organisera och sammankalla till nätverksmöten med vård- och omsorgsgivarna i området samt arbeta för ett högt deltagande i den samverkan där vården bör vara representerad.

Samordningen ska gälla patientgrupper och processer som rör flera vård- och omsorgsgivare och där samverkan förbättrar för patienterna. I samordningsansvaret ingår även att säkerställa att ansvarsområdena inom Närområdesplanen är fördelade och planen är aktuell. Samordnande husläkarmottagning har också särskilt ansvar för samordning vid behov av krisstöd till befolkningen vid allvarlig händelse. Husläkarmottagningar ska delta i den strukturella samverkan med vård- och omsorgsgivare i området. Varje husläkarmottagning ansvarar för samverkan kring den enskilde patienten.”

[Länk till förfrågningsunderlaget.](#)

Organisering av den lokala samverkan

Parterna måste själva forma hur den lokala samverkan ska bedrivas på bästa sätt, samt utifrån hur samverkan redan bedrivs. Det gäller även vilka aktörer och funktioner som ingår i samverkan. Den lokala samverkan motsätter inte att det finns ytterligare forum och grupperingar för lokal samverkan, och det är viktigt att bibehålla redan fungerande samverkan.

Om parterna inte kommer överens om annat så är det den samordnande vårdcentralen som har i sitt uppdrag att ansvara för att sammankalla till samverkan.

Frågor och svarsmöte

Storsthlm bjuder tillsammans med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen in kommunerna för ett digitalt möte för frågor och svar om förslaget till huvudöverenskommelse samt förslaget till riktlinjen.

Datum: 2021-11-09

Tid: 15:00 – 16:00

Anmälan till mötet sker till hakan.wramner@storsthlm.se

STORSTHLM

Ärendegång för rekommendationen

Rekommendationen adresseras till kommunstyrelserna enligt den rutin som gäller vid beslut i Storsthlm styrelse. Kommunerna fattar beslut enligt gällande delegationsordning.

Kommunerna ombeds meddela sina ställningstaganden genom att sända in protokollsutdrag eller annan beslutshandling till Storsthlm.

Beslut om antagande av överenskommelse är att likställas med undertecknande.

Överenskommelsen börjar gälla tidigast 1 juli år 2022, eller efter att samtliga parter har beslutat att anta överenskommelsen.

Svarsperiod

Storsthlm önskar få kommunernas ställningstaganden senast **30 juni år 2022** med e-post till registrator@storsthlm.se

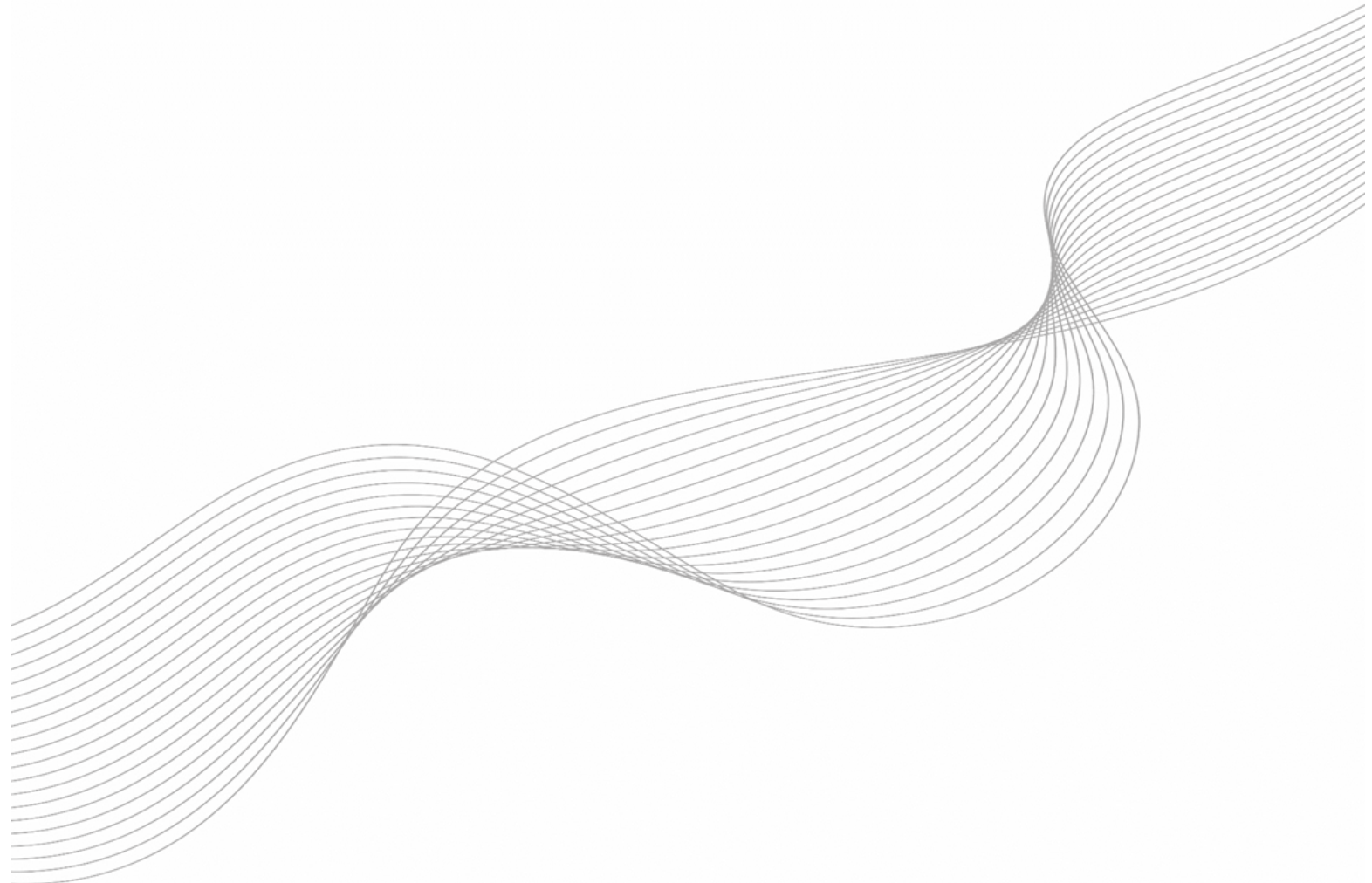
Frågor och information

Frågor med anledning av detta besvaras av processledare [REDACTED]

Med vänlig hälsning

[REDACTED]
Förbundsordförande Storsthlm

[REDACTED]
Förbundsdirektör Storsthlm



Huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg

Överenskommelse mellan kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm



STORSTHLM
KOMMUNER I SAMVERKAN

Förord

Stockholms läns befolkning har vuxit under lång tid. Med fler invånare och en förändrad demografi har behov av vård och omsorg ökat, särskilt för äldre med komplexa vårdbehov. Som invånare förväntar vi oss en tillgänglig och nära vård med god kvalitet som fungerar sömlöst mellan olika aktörer. Kommunerna och regionen har efter många års gemensamt arbete en bra grund för samarbete. Med denna övergripande överenskommelse om samverkan för hälsa, vård och omsorg förstärker vi det goda samarbetet ytterligare.

Huvudöverenskommelsen är en viktig signal till såväl beslutsfattare som vårdens och omsorgens medarbetare att tillsammans kan vi mer, och vi kan bättre. Därför organiserar vi vårt gemensamma arbete ännu tydligare. Vårt gemensamma mål är att alltid sträva efter en jämlik vård där resurser används på bästa sätt så för att den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg, samt att befolkningens hälsa ska öka.

Vårdens och omsorgens medarbetare kommer från olika verksamheter, har olika uppdrag och ibland olika yrkestraditioner, men möter samma patienter och brukare med samma önskan om stöd, vård och omsorg utan försvårande gränser. Denna huvudöverenskommelse ska vara en bas för en fortlöpande dialog om hur vi bäst bidrar till varandras utveckling och hur vi skapar nytta och mervärde för alla invånare i Stockholms län.


Ordförande för Region Stockholm i VIS


Ordförande för kommunerna i Stockholms län i VIS

Stockholm 2021-09-06

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-123 132 00

Vardgivarguiden.se

Storsthlm

Box 38145, 100 64 Stockholm

Telefon 08-615 94 00

Storsthlm.se

1. Innehåll

1	Överenskommelsens bakgrund, parter och syfte	4
1.1	Inledning.....	4
1.2	Syfte med överenskommelsen	4
1.3	Avsiktsförklaring	4
1.4	Benämning av parter	4
2	Övergripande mål och målgrupper för samverkan	5
2.1	Övergripande mål.....	5
2.2	Målgrupper	5
2.3	Det lagreglerade ansvaret	5
3	Riktlinje för länsövergripande samverkan.....	5
4	Organisation för samverkan	5
4.1	Politisk styrgrupp, Vård i Samverkan (VIS)	6
4.2	Tjänstemannastyrgrupp, Sammanhållen vård och omsorg.....	6
4.3	Samrådsgrupper för prioriterade målgrupper och sakområden	6
4.4	Delregional samverkan	7
4.5	Lokal samverkan	7
4.6	Sekretariat och arbetsgrupper	7
4.7	Digital portal.....	7
5	Länsgemensamma samverkansöverenskommelser och dokument inom sakområden.....	7
6	Uppföljning av länsövergripande samverkan	8
7	Allmänt om överenskommelsen	8
7.1	Eskaleringstrappa vid oenigheter.....	8
7.2	Ikraftträdande och upphörande	9
7.3	Parter.....	9

1 Överenskommelsens bakgrund, parter och syfte

1.1 Inledning

Kommunernas och regionernas ansvar och uppgifter är till stor del lagstyrda. För huvudmännen finns också en lagstadgad skyldighet att samarbeta när den enskilde är i behov av insatser från både kommun och region.

För att underlätta insatser där både kommuner och regionen är inblandade, finns idag ett stort antal länsövergripande överenskommelser. Det har dock saknats en huvudöverenskommelse mellan kommunerna och regionen gällande hälsa, vård och omsorg. En sådan överenskommelse behövs för att främja samverkan och skapa förutsättningar för att huvudmännen ska kunna erbjuda sammanhållna och samordnade insatser på bästa sätt.

Denna överenskommelse ska ge parterna en tydlig utgångspunkt och gemensamma principer för hur samverkan ska bedrivas och följas upp på olika nivåer mellan tjänstemän och politiker. Överenskommelsen bygger till stor del vidare på de arbetssätt och samverkansformer som hittills fungerat väl. Den skapar samtidigt förutsättningar för fortsatt utveckling och förändring av samverkan mellan parterna. Till huvudöverenskommelsen finns en riktlinje som kan ändras i takt med att arbetssätten utvecklas.

Hälso- och sjukvård och omsorg behöver utgå ifrån och bedrivas tillsammans med den enskilde. Vården och omsorgen ska utgå ifrån bästa tillgängliga kunskap. Det förebyggande arbetet är viktigt både för att förbättra hälsan i befolkningen och för att det är kostnadseffektivt. Tillgången på arbetskraft och rätt kompetens inom vård och omsorg är en utmaning som behöver mötas på flera sätt. Vårt gemensamma utvecklingsarbete ska ske med stöd av digitalisering för att bidra till effektiva lösningar, nya arbetssätt och nya sätt att kommunicera, som i sin tur frigör resurser.

1.2 Syfte med överenskommelsen

Överenskommelsens syfte är att skapa bättre förutsättningar för samarbete mellan parternas verksamheter och därmed bidra till det övergripande målet för samverkan. Överenskommelsen reglerar därför principer och former för samverkan mellan kommunerna och regionen och på en övergripande nivå.

1.3 Avsiktsförklaring

Överenskommelsens parter samverkar för att utveckla och prioritera det som är bäst för brukaren/patienten och för invånarna i hela Stockholms län.

1.4 Benämning av parter

Överenskommelsens parter är Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län, inklusive Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje. Se vilka kommuner som ingår under "Parter".

Kommunerna kallas gemensamt "kommunerna" och var för sig "kommun". Region Stockholm kallas "regionen". Kommunerna och regionen gemensamt kallas "parterna". Kommunerna samarbetar i strategiska frågor genom organisationen Storsthlm, ett förbund som ägs och styrs av länets 26 kommuner och Storsthlms strategiska nätverk för socialtjänst.

Om regionen eller kommunen tecknar avtal med någon annan part och överlåter uppgifter de har ansvar för, ska denna överenskommelse tillämpas. Respektive part ska ansvara för att överenskommelsen är bindande för och gälla eventuella underleverantörer.

2 Övergripande mål och målgrupper för samverkan

2.1 Övergripande mål

Det övergripande målet med samverkan mellan regionen och kommunerna är att den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg, samt att befolkningens hälsa ska förbättras.

Det ska ske på ett samordnat, jämlikt och kostnadseffektivt sätt för invånarna i Stockholms län.

2.2 Målgrupper

Målgrupperna är patienter och brukare, inklusive barn och unga, med behov av sammanhållna insatser från båda huvudmännen.

2.3 Det lagreglerade ansvaret

Huvudmännens respektive ansvar är reglerat i olika lagar och föreskrifter. Därutöver är det även reglerat i lag att huvudmännen ska samverka med varandra. Det är till exempel följande lagar:

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Tandvårdslagen
- Socialtjänstlagen
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga
- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall
- Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård

Överenskommelsen utgår ifrån att parterna tar sitt ansvar enligt nuvarande och kommande lagkrav.

3 Riktlinje för länsövergripande samverkan

Till huvudöverenskommelsen finns en riktlinje för länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg. Den beskriver bland annat organisation, processer och arbetssätt kring samverkan.

Tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg beslutar om revideringar av riktlinjen och gällande riktlinje publiceras i den digitala portalen som förvaltas av Storsthlm. Parterna ska följa riktlinjen.

4 Organisation för samverkan

Samverkan sker på flera olika nivåer och mellan ett stort antal aktörer i länet. Det är enbart den övergripande organisationen för samverkan som fastställs genom denna överenskommelse.

Organisationen för länsövergripande samverkan beskrivs i riktlinjen till huvudöverenskommelsen.

Huvudöverenskommelsen avser ordinarie samverkan, vid kris gäller andra samverkansformer. Övergripande samverkan vid kris finns beskriven i regionens plan för krisberedskap. Relevanta länsaktörer har tillsammans utvecklat modellen *En trygg, säker och störningsfri region*.



4.1 Politisk styrgrupp, Vård i Samverkan (VIS)

Kommunerna, har genom Storsthlm styrelse, och hälso- och sjukvårdsnämnden i regionen en politisk styrgrupp Vård i samverkan, VIS. Styrgruppen leder den strategiska inriktningen för länsövergripande samverkan och bereder ärenden inför beslut i respektive organisation i frågor som rör hälsa, vård och omsorg.

4.2 Tjänstemannastyrgrupp, Sammanhållen vård och omsorg

Kopplat till VIS finns en tjänstemannastyrgrupp för sammanhållen vård och omsorg i länet. Tjänstemannastyrgruppen består av representanter från regionen, kommunerna samt Storsthlm. Kommunernas representanter utses av Storsthlm strategiska nätverk för socialtjänst.

Tjänstemannastyrgruppen bereder ärenden till VIS. Tjänstemannastyrgruppen beslutar om riktlinjer för operativ samverkan i länet, samverkansformer och processer för framtagande och förvaltning av överenskommelser samt uppföljning av samverkansöverenskommelserna. Dessa beslut ska vara förankrade hos respektive part.

Tjänstemannastyrgruppen beslutar om revideringar av riktlinjen för länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg som bland annat beskriver organisation, processer och arbetssätt.

4.3 Samrådsgrupper för prioriterade målgrupper och sakområden

Till stöd för tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg ska det finnas samrådsgrupper för prioriterade målgrupper och sakområden. Varje samrådsgrupp ska ha ett tydligt uppdrag som beslutas av tjänstemannastyrgruppen. Tjänstemannastyrgruppen utser representanter i samrådsgrupper och arbetsgrupper från regionen, kommunerna och vid behov från utförarverksamheter och andra aktörer, exempelvis patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Samrådsgrupperna ska ha den kompetens som krävs för uppdraget.

Samrådsgrupperna ansvarar för att, inom sina sakområden, utarbeta och förvalta samverkansöverenskommelser, följa upp dem och rapportera till tjänstemannastyrgruppen.

Samrådsgrupperna har även uppdrag som rör kunskapsstyrning, framtagande och revidering av kunskaps- och beslutsstöd som rör samverkan.

Information om samrådsgrupperna och deras uppdrag finns i den digitala portalen som förvaltas av Storsthlm (paragraf 4.7).

4.4 Delregional samverkan

Förtroendevalda inom regionen respektive kommunerna och stadsdelar i Stockholms stad träffas delregionalt för informationsutbyte och dialog kring frågor som berör båda huvudmännen i regionens regi. På tjänstemannanivå finns en motsvarande struktur för samverkan som organisationen för den politiska samverkan.

4.5 Lokal samverkan

På lokal nivå sker samverkan mellan utförare i vården och verksamheter som kommunerna är huvudman för. Den lokala samverkan kring hälsa, vård och omsorg ska ske i enlighet med det övergripande målet för huvudöverenskommelsen och utifrån parternas lagstadgade ansvarsområden och uppdrag.

Regionen ansvarar för att det finns en utsedd vårdcentral med samordnande ansvar för samverkan i varje kommun och stadsdel i Stockholms stad. Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), som är en nämnd under regionfullmäktige, har i uppdrag att stödja och vägleda de samordnande vårdcentralerna.

Respektive kommun ansvarar för att utse en samordnande funktion för samverkan kring hälso- och sjukvård och omsorg. Kommunens samordnande funktion ska vara en länk för samverkansaktörer in till kommunens berörda verksamheter, inklusive utförarverksamhet i privat regi samt delta i lokal samverkan. Storsthlm erbjuder kommunerna länsövergripande samordnande stöd.

Respektive uppdrag inom ramen för lokal samverkan beskrivs i riktlinjen.

4.6 Sekretariat och arbetsgrupper

Som stöd i sitt arbete har VIS och tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg ett sammanhållande sekretariat bestående av ordinarie resurser från regionen och kommunerna genom Storsthlm.

Vid behov skapas arbetsgrupper, exempelvis vid framtagande av överenskommelser och uppföljning av dessa. Arbetsgrupperna beslutas av tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg.

4.7 Digital portal

Storsthlms webbplats www.storsthlm.se fungerar som digital portal för samverkan mellan kommunerna och regionen.

Där beskrivs samverkansorganisationen, uppdrag och kontaktuppgifter för samverkansgrupper för de olika sakområdena.

I portalen publiceras även gällande riktlinje för länsövergripande samverkan kring hälsa vård och omsorg, överenskommelser för olika sakområden och gemensamma rutiner.

Storsthlm och Region Stockholm har ett gemensamt ansvar för att utveckla portalen. Storsthlm ansvarar för att uppgifterna i den digitala portalen är aktuella. Region länkar till portalen från aktuella sidor på sll.se, exempelvis www.vardgivarguiden.se.

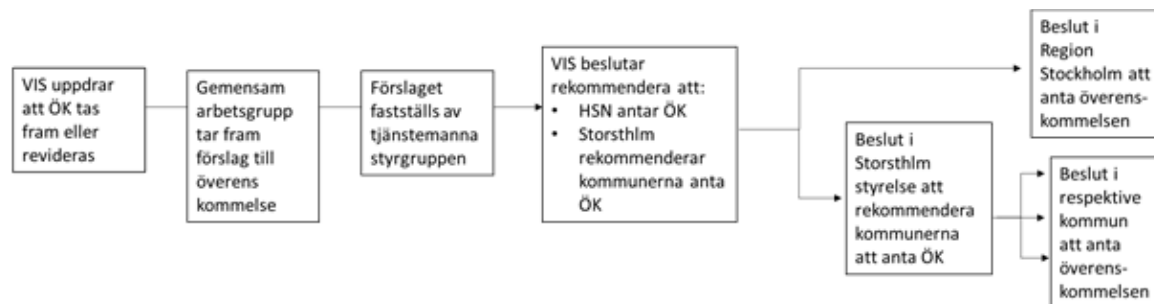
5 Länsgemensamma samverkansöverenskommelser och dokument inom sakområden

Samverkansöverenskommelser och därtill kopplade riktlinjer, rutiner och anvisningar är viktiga för att medarbetare i vården och de kommunala verksamheterna ska ha goda förutsättningar för att samarbeta kring den enskilde.

Hälso- och sjukvårdslagen (16 kap. 3 §) och socialtjänstlagen (5 kap. 1 a §, 8a § och 9a §) reglerar att region och kommun ska ingå överenskommelser om samarbete kring vissa målgrupper.

Därtill har regionen och kommunerna slutit överenskommelser på ytterligare områden.

VIS beslutar om gemensamma överenskommelser och rekommenderar sedan huvudmännen att anta dessa överenskommelser så att de blir gällande.



Inom regionen respektive Storsthlm finns dokumenterat hur den gemensamma och den egna processen ser ut för framtagande/revidering och beslut av länsövergripande samverkansöverenskommelser.

Utarbetandet av samverkansdokument ska följa beslutade mallar och vara en gemensam process mellan parterna.

Länsgemensamma riktlinjer ska följas av parterna. Dessa beslutas av tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg.

Lokala rutiner ska utgå ifrån de länsövergripande överenskommelserna och tas fram mellan de lokala parterna.

Samtliga länsgemensamma samverkansdokument ska vara publicerade i den digitala portalen www.storsthlm.se

6 Uppföljning av länsövergripande samverkan

Dialog ska årligen ske mellan parterna angående hur väl huvudöverenskommelsen bidrar till de övergripande målen för samverkan. Dialogen ska bidra till gemensam analys och utveckling av samverkan mellan parterna.

Därtill har parterna gemensamt ansvar för att överenskommelser inom sakområdena regelbundet följs upp. Uppföljning ska ske gemensamt, samordnat och sammanställas och rapporteras till VIS.

Inför varje kalenderår fattar tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg beslut om prioriteringar vad gäller uppföljningar av länsgemensamma överenskommelser.

Uppföljning av samverkan beskrivs i riktlinjen för länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg.

7 Allmänt om överenskommelsen

7.1 Eskaleringstrappa vid oenigheter

Vid eventuell oenighet ska alltid överenskommelsens syfte och gemensamma målsättning vara vägledande. Vid oenighet om tolkning av överenskommelsen eller parts eventuella avsteg från åtaganden i överenskommelsen ska eskaleringstrappan nedan följas. (Avsteg eller oenighet avseende enskilda överenskommelser ska lösas enligt liknande eskaleringstrappa i respektive överenskommelse.)

1. Avsteg från åtagande eller oenighet om tolkning ska i första hand lösas av parterna på lokal nivå i kommunen och regionen, såvida dessa inte är av en sådan principiell karaktär att det kan antas påverka andra parter.
2. I det fall en fråga inte kan lösas lokalt, ska frågan hanteras av regionens och kommunernas gemensamma tjänstemannastyrgrupp Sammanhållen vård och omsorg.
3. Ytterst hanteras avsteg från åtagande eller oenighet av den politiska styrgruppen VIS som har tolkningsföreträde gällande överenskommelsen.

7.2 Ikraftträdande och upphörande

Överenskommelsen börjar gälla 2022-07-01 eller efter att samtliga parter har beslutat att anta överenskommelsen. Överenskommelsen gäller därefter tills vidare.

Överenskommelsen kan sägas upp med en uppsägningstid om tjugofyra (24) månader. Om en kommun säger upp överenskommelsen behöver övriga parter ta ställning till om överenskommelsen ska fortsätta att gälla för resterande parter.

VIS beslutar om eventuella revidering av överenskommelsen. Reviderad överenskommelse börjar gälla tidigast tre månader efter att den omförhandlade överenskommelsen godkänts av parterna.

7.3 Parter

Region Stockholm
Botkyrka kommun
Danderyds kommun
Ekerö kommun
Haninge kommun
Huddinge kommun
Järfälla kommun
Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje
Lidingö stad
Nacka kommun
Norrtälje kommun
Nykvarns kommun
Nynäshamns kommun
Salems kommun
Sigtuna kommun
Sollentuna kommun
Solna stad
Stockholms stad
Sundbybergs stad
Södertälje kommun
Tyresö kommun
Täby kommun
Upplands-Bro kommun
Upplands Väsby kommun
Vallentuna kommun
Vaxholms stad
Värmdö kommun
Österåker kommun

Riktlinje för länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg

Riktlinje enligt huvudöverenskommelse (HÖK)

Datum: 22-07-01

Innehåll

1. Inledning	3
2. Prioriterade områden för länsövergripande samverkan.....	3
3. Processer för länsövergripande samverkan.....	4
4. Avgränsning mellan HÖK och länsövergripande överenskommelser inom sakområden ...	4
5. Organisation av länsövergripande och lokal samverkan	4
5.1 Gemensamt sekretariat.....	5
5.2 Länsövergripande samrådsgrupper och arbetsgrupper.....	5
5.3 Länsöversamma medel som beslutas av regeringen	6
5.4 Lokal samverkan med aktörer utanför HÖK.....	6
6. Organisation för kunskapsstyrning.....	6
7. Lokal samverkan som omfattas av HÖK.....	7
7.1 Samordnande funktioner i den lokala samverkan.....	7
8. Uppföljning av länsövergripande och lokal samverkan.....	8
8.1 Årshjul för uppföljningsprocessen	9
8.2 Uppföljningsdialog om länsövergripande samverkan	9
8.3 Uppföljning av lokal samverkan	9
8.4 Uppföljning av överenskommelser inom sakområden	9
8.5 Process för länsövergripande utvecklingsfrågor	10
8.6 Uppföljning av problem i samverkan	10

1. Inledning

Mellan kommunerna i Stockholms län (nedan kallade kommunerna) och Region Stockholm (nedan kallad regionen) finns en huvudöverenskommelse (nedan kallad HÖK) om samverkan kring hälsa, vård och omsorg. Med hälsa, vård och omsorg avses samlat alla de insatser som ges av kommunerna och regionen enligt det lagreglerade ansvaret (se punkt 2.3 i HÖK).

Med hälso- och sjukvård avses insatser som ges av antingen kommunen eller regionen enligt hälso- och sjukvårdslagen eller tandvårdslagen. Med socialtjänst respektive omsorg avses insatser som ges av kommunen enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller annan relevant lagstiftning.

Syftet med HÖK är att skapa bättre förutsättningar för samarbete mellan parternas verksamheter och bidra till det övergripande målet för samverkan. HÖK reglerar principer och former för samverkan mellan kommunerna och regionen på en övergripande länsövergripande nivå (ibland kallad regional nivå) samt lokal nivå. Med lokal nivå avses det geografiska områden som utgörs av en enskild kommun, eller respektive stadsdel i Stockholm stad.

Med kommunernas respektive regionens verksamhetsområden avses de verksamheter (oavsett driftsform) och ansvarsområden som åligger respektive part genom lagstiftning eller överenskommelser.

Denna länsövergripande riktlinje för samverkan mellan regionen beskriver organisation och processer för samverkan på tjänstemannanivå mellan kommunerna och regionen kring HÖK. Parterna förbinder sig genom HÖK att samverka i enlighet med riktlinjen.

Riktlinjen ska kunna utvecklas och revideras för att möta förändrade behov. Det är tjänstemannastyrgruppen Sammanhållen vård och omsorg som fastställer riktlinjen (nedan kallad tjänstemannastyrgruppen). Gällande riktlinje publiceras på www.storsthlm.se

2. Prioriterade områden för länsövergripande samverkan

En prioritering av områden för länsövergripande samverkan fastställs av den politiska styrgruppen för vård i samverkan (nedan kallad VIS) för aktuell mandatperiod. Vid behov kan områdena kompletteras med ytterligare prioriteringar som sträcker sig under ett år. Förslag till prioriterade områden för samverkan tas fram av tjänstemannastyrgruppen.

De prioriterade områdena är fokus för den länsövergripande samverkan mellan kommunerna och regionen och är grund för länsövergripande handlingsplaner och liknande. Prioriteringarna är vägledande för den lokala samverkan mellan enskild kommun och regionen.

En viktig del i den länsövergripande samverkan och lokala samverkan är omställningen till god nära vård. I enlighet med det nationella arbetet kring god och nära vård ska regioner och kommuner arbeta för att utveckla samverkan, eftersom det är en förutsättning för att ställa om till nära vård. Från nationell nivå uppmanas kommunerna och regionen att tillsammans upprätta gemensam målbild och struktur för att driva omställningen med utgångspunkt i

lokala förutsättningar och behov. Det övergripande målet i HÖK utgör en sådan målbild. Med utgångspunkt från denna målbild och VIS prioriterade områden påbörjas arbetet under år 2022 med att ta fram en långsiktig länsövergripande handlingsplan för god och nära vård.

3. Processer för länsövergripande samverkan

Det länsövergripande utvecklingsarbetet kring, och uppföljning av samverkan om hälsa, vård och omsorg sker med utgångspunkt från VIS och tjänstemannastyrguppen.

Utvecklingsarbetet och utarbetande av länsövergripande överenskommelser inom sakområden, riktlinjer och rutiner och andra samverkansdokument, är en gemensam process mellan parterna. Funktioner med sakkunskap och nödvändig kompetens deltar i arbetet. Vid behov sker samråd med brukarorganisationer och utförarverksamheter.

Kommunerna (genom Storsthlm) och regionen har var för sig dokumenterade processer, som är anpassade till varandra, för att ta fram och revidera länsövergripande samverkansöverenskommelser och liknande utifrån fastställda mallar.

4. Avgränsning mellan HÖK och länsövergripande överenskommelser inom sakområden

Mellan kommunerna och regionen finns flera överenskommelser inom sakområden inom hälsa, vård och omsorg. Dessa omfattar även samverkan i sakfrågor på länsövergripande och lokal nivå för vissa målgrupper och verksamhetsområden. HÖK med tillhörande riktlinje ersätter inte det som överenskommit i dessa överenskommelser med tillhörande länsövergripande riktlinjer, rutiner eller anvisningar. HÖK ska inte utgöra hinder för den samverkan som bedrivs inom ramen för dessa överenskommelser utan ska ses som ett komplement som övergripande samordnar och säkerställer de olika samverkansprocesserna. Parterna har ett gemensamt ansvar för att överenskommelserna inom sakområden regelbundet följs upp och uppföljningen av dessa regleras i respektive överenskommelse.

Gällande länsövergripande överenskommelser med tillhörande länsövergripande riktlinjer och likande finns publicerat på Storsthlms webbplats, www.storsthlm.se.

5. Organisation av länsövergripande och lokal samverkan

Nedan beskrivs organisation för samrådsgrupper och kunskapsstyrning. Uppdrag och organisation för VIS och tjänstemannastyrguppen beskrivs i HÖK.



5.1 Gemensamt sekretariat

Som stöd i sitt arbete har VIS och tjänstemannastyrgruppen ett sammanhållande sekretariat bestående av ordinarie resurser från regionen och Storsthlm. Det sammanhållande sekretariatet bereder ärenden till, och följer upp prioriterade områden för samverkan i VIS.

Sekretariatet ansvarar för:

- en sammanhållande årsplanering av den länsövergripande samverkan
- sammanhållande uppföljning av prioriterade områden för länsövergripande samverkan
- bereda underlag till tjänstemannastyrgrupp och VIS
- att det utarbetas förslag till uppdrag för och bemanning av samrådsgrupper och arbetsgrupper
- samordning av uppdragen till samrådsgrupper och arbetsgrupper.

Samrådsgrupper och arbetsgrupper rapporterar till tjänstemannastyrgruppen genom det gemensamma sekretariatet under tjänstemannastyrgruppen.

Vid behov inhämtar det gemensamma sekretariatet sakkunskap från deltagare i samrådsgrupper och arbetsgrupper.

5.2 Länsövergripande samrådsgrupper och arbetsgrupper

Till stöd för tjänstemannastyrgruppen finns samrådsgrupper för prioriterade målgrupper och sakområden. Samrådsgruppernas syfte är att

- förvalta och följa upp länsövergripande överenskommelser inom samrådsgruppens sakområde
- identifiera relevanta utvecklingsfrågor för den länsövergripande samverkan
- utgöra arena för dialog och samverkan kring kunskapsstyrningen som rör samrådsgruppens sakområde
- bidra i omställningen till God och nära vård.

Samrådsgrupperna utses av tjänstemannastyrgruppen och bemannas av representanter för kommunerna, regionen och vid behov från utförarverksamheter och andra aktörer, exempelvis patient-, brukar- och anhörigorganisationer så att samrådsgruppen har den kompetens som krävs för uppdraget. Vid behov kan särskilda tillfälliga arbetsgrupper utses. Varje samrådsgrupp och arbetsgrupp har ett tydligt uppdrag som beslutas av tjänstemannastyrgruppen. Samrådsgruppernas eller arbetsgruppernas uppdrag är bland

annat att inom sitt område ansvara för att utarbeta, förvalta och följa upp samverkansöverenskommelser samt framtagande och revidering av kunskaps- och beslutsstöd som rör samverkan. Skillnaden mellan samrådsgrupp och arbetsgrupp är främst att arbetsgruppens uppdrag är begränsad i omfattning eller tid.

Samrådsgrupper och arbetsgrupper har en bred representation av kompetenser och sakkunskap inom verksamhetsområdet. Personer med verksamhetskunskap och medicinsk sakkunskap inom kommunernas respektive regionens berörda verksamhetsområden ingår i, eller finns att tillgå som stöd till, respektive samrådsgrupp och arbetsgrupp. Kommunernas representanter utses av Storsthlmns socialtjänstnätverk (nedan kallad socialtjänstnätverket). Regionens representanter utses av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF).

Arbetet i samrådsgrupper och arbetsgrupper sker så ändamålsenligt som möjligt och ska vara ett komplement till eventuella andra grupperingar och utvecklingsarbeten i länet.

Vid tidpunkten när denna riktlinje börjar gälla finns följande samrådsgrupper:

- Länsövergripande samverkan om barn och ungas hälsa
- Länsövergripande samverkan om äldres hälsa, äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård
- Länssamverkan om psykisk ohälsa, beroendefrågor och psykiatrisk hälso- och sjukvård
- Länssamverkan om digitalisering av hälso- och sjukvård och omsorg.

5.3 Läns gemensamma medel som beslutas av regeringen

Tjänstemannastyrgruppen fattar beslut om planering och fördelning av statliga stimulansmedel från regeringen som tilldelas kommunerna och regionen gemensamt. Tjänstemannastyrgruppen kan uppdra åt samrådsgrupp eller arbetsgrupp att planera, genomföra samt följa upp läns gemensamma insatser.

Statliga stimulansmedel som enbart riktas till kommunerna eller regionen omfattas inte av denna riktlinje och beslutas på annat sätt.

5.4 Lokal samverkan med aktörer utanför HÖK

Parterna i den lokala samverkan avgör tillsammans vilka övriga aktörer som ingår i samverkan som omfattas av HÖK. Parterna har ett gemensamt ansvar för att lokala samverkansfrågor är förankrade med andra berörda samverkansaktörer utanför kommunernas respektive regionens verksamhetsområden.

6. Organisation för kunskapsstyrning

Samverkan mellan den länsövergripande nivån av kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst bör initieras

- när vården och omsorgen är ojämnt fördelad för gemensamma behovs- och patientgrupper
- när det är mer effektivt att arbeta tillsammans med exempelvis innehåll i kunskapsstöd

- vid prioritering av gemensamma insatsområden för att sätta upp gemensamma mål för uppföljning
- när uppföljning har visat att det finns förbättringsområden.

Samverkan kan initieras av kommunerna eller regionen och beslut fattas av tjänstemannastyrgruppen.

Kunskapsstyrningen inom regionens hälso- och sjukvård och socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård syftar till att

- bästa kunskap är tillgänglig och används vid varje möte med patienter, besökare och brukare
- resultat följs upp och analyseras
- verka för förbättringar i verksamheter.

Sammanhållen kunskapsstyrning omfattar kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys, stöd till verksamhetsutveckling samt stöd till ledarskapet. Kunskapsstyrningen bygger på samspel mellan nationell, länsövergripande och lokal nivå för att uppnå en mer jämlik och resurseffektiv vård och omsorg.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) samordnar de två nationella systemen för kunskapsstyrning: nationell kunskapsstyrning för socialtjänst och nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.

Kunskapsstyrningen som omfattas av HÖK avser den kunskapsstyrning som berör gemensamma behovsgrupper och där kommunerna och regionen på lokal nivå eller länsövergripande nivå ser gemensam nytta av att samverka.

Kommunen och regionen ansvarar på lokal nivå för lokal kunskapsstyrning, utveckling och uppföljning. Tjänstemannastyrgruppen initierar, beslutar och följer upp kunskapsstyrning som är länsövergripande. Detta omfattar länsövergripande kunskapsstyrning:

- riktlinjer och rutiner
- metod- och kunskapsstöd
- uppföljning och analys
- stöd till verksamhetsutveckling
- stöd till ledarskapsutveckling.

Det gemensamma sekretariatet ansvarar för att identifiera behov av länsövergripande kunskapsstyrning. Tjänstemannastyrgruppen kan uppdra åt samrådsgrupper och arbetsgrupper olika insatser inom den länsövergripande kunskapsstyrningen. Insatserna sker i samverkan med övriga aktörer inom kommunerna och regionen som har uppdrag inom kunskapsstyrning. Arbetet omfattar framtagande eller revidering av kunskapsstöd, med fokus på samverkanssituationer och insatser som effektiviserar tillämpning av kunskap i nya arbetssätt och metoder.

7. Lokal samverkan som omfattas av HÖK

7.1 Samordnande funktioner i den lokala samverkan

Respektive part i HÖK utser samordnande funktioner som underlättar den lokala samverkan i en kommun eller stadsdel i Stockholm stad. De samordnande funktionerna kan komma att

utvecklas över tid, och kan också behöva anpassas utifrån förutsättningarna i den lokala samverkan.

7.1.1 Kommunens samordnande funktion

En kommuns samordnande funktion är en länk för samverkansaktörer in till kommunens eller stadsdelens berörda verksamheter, inklusive utförarverksamhet i privat regi.

Kommunens samordnande funktion förväntas:

- vara kontaktperson för olika aktörer i samverkan med kommunens hälso- och sjukvård och omsorg
- delta i lokala samverkansmöten med samordnande vårdcentral, och eventuella andra aktörer
- kunna föra frågor till och från kommunens verksamheter, inklusive utförarverksamheter i privat regi.

Den samordnande funktionen bör ha god kunskap om socialtjänstens, och den kommunala hälso- och sjukvårdens, och omsorgens organisation och uppdrag och kännedom om aktuella samverkansfrågor kring hälso- och sjukvård och omsorg.

Beroende på till exempel kommunens organisation kan det behövas att kommunen utser fler än en person till funktionen samordnande funktion för att täcka in alla kommunens berörda verksamhetsområden.

Storsthlm erbjuder kommunerna länsövergripande samordnande stöd.

7.1.2 Regionens samordnande funktion (Samordnande vårdcentral)

Vårdcentralerna i en kommun, eller stadsdel i Stockholm stad, utser tillsammans en samordnande vårdcentral. Det kan vara en vårdcentral antingen i regionens regi eller i privat regi. Regionens samordnande funktion ska organisera den övriga av regionens hälso- och sjukvård som berörs av den lokala samverkan och sammankalla till och facilitera återkommande lokala samverkansmöten, om inget annat överenskommit mellan parterna.

Uppdraget för den samordnande vårdcentralen regleras av regionens förfrågningsunderlag för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård.

Stockholms länssjukvårdsområde (SLSO) stödjer och vägleder de samordnande vårdcentralerna.

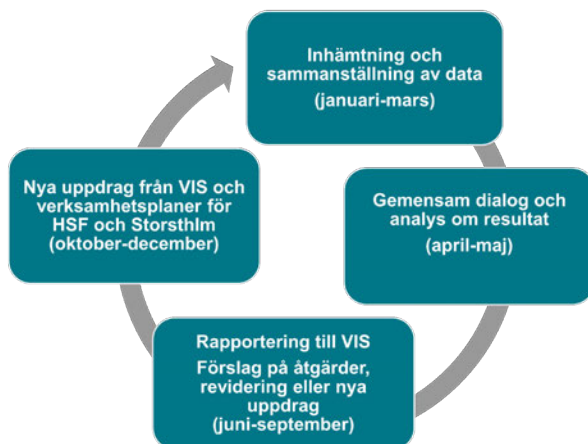
8. Uppföljning av länsövergripande och lokal samverkan

Enligt HÖK sker uppföljning årligen i dialogform för hur väl HÖK bidrar till de övergripande målen för samverkan. Därtill har parterna gemensamt ansvar för att överenskommelser inom sakområden regelbundet följs upp. Uppföljning sker gemensamt, samordnat och sammanställs och rapporteras till VIS. Uppföljningen redovisas för kommunerna genom socialtjänstnätverket.

8.1 Årshjul för uppföljningsprocessen

Enligt HÖK fattar tjänstemannastyrgruppen inför varje kalenderår beslut om prioriteringar vad gäller uppföljningar av länsgemensamma överenskommelser.

Uppföljning av den länsövergripande samverkan sker enligt processen nedan:



Det gemensamma sekretariatet ansvarar för uppföljningsprocessen och rapportering av resultatet till tjänstemannastyrgruppen och VIS. Sekretariatet beslutar vilka metoder och datakällor och nyckeltal som används.

8.2 Uppföljningsdialog om länsövergripande samverkan

Dialog sker årligen mellan parterna angående hur väl HÖK och riktlinjen bidrar till de övergripande målen för samverkan. Dialogen bidrar till gemensam analys och utveckling av samverkan mellan parterna. Deltagare från kommunerna i uppföljningsdialogen utses av socialtjänstnätverket. Regionens deltagare utses av HSF.

Det gemensamma sekretariatet ansvarar för planering och dialogen och sammanställning av resultatet.

8.3 Uppföljning av lokal samverkan

Parterna ansvarar gemensamt för att på lokal nivå följa upp och utveckla den lokala samverkan. Utveckling tillgodoses i första hand på lokal nivå. Problem eller oenigheter mellan parterna hanteras på lokal nivå, såvida dessa inte är av en sådan principiell karaktär att det kan antas påverka andra parter.

8.4 Uppföljning av överenskommelser inom sakområden

Enligt HÖK har parterna gemensamt ansvar för att arbetet och utvecklingen som görs inom överenskommelser inom sakområden regelbundet följs upp. Uppföljning sker gemensamt, samordnat och sammanställs och rapporteras till VIS. Inför varje kalenderår beslutar tjänstemannastyrgruppen om prioriteringar vad gäller uppföljningar av länsgemensamma överenskommelser.

Det gemensamma sekretariatet ansvarar för uppföljningen. Tjänstemannastyrgruppen kan uppdra åt samrådsgrupp eller arbetsgrupp att följa upp respektive samverkansöverenskommelse och rapportera till det gemensamma sekretariatet.

8.5 Process för länsövergripande utvecklingsfrågor

Tjänstemannastyrgruppen ansvarar med stöd av det gemensamma sekretariatet och samrådsgrupper och arbetsgrupper för att identifiera utvecklingsfrågor för den länsövergripande samverkan.

Kommunerna lyfter utvecklingsfrågor genom respektive kommuns socialchef till socialtjänstnätverket. Frågor lyfts därigenom vidare till länsövergripande samverkansnivå genom kommunernas representanter i tjänstemannastyrgruppen.

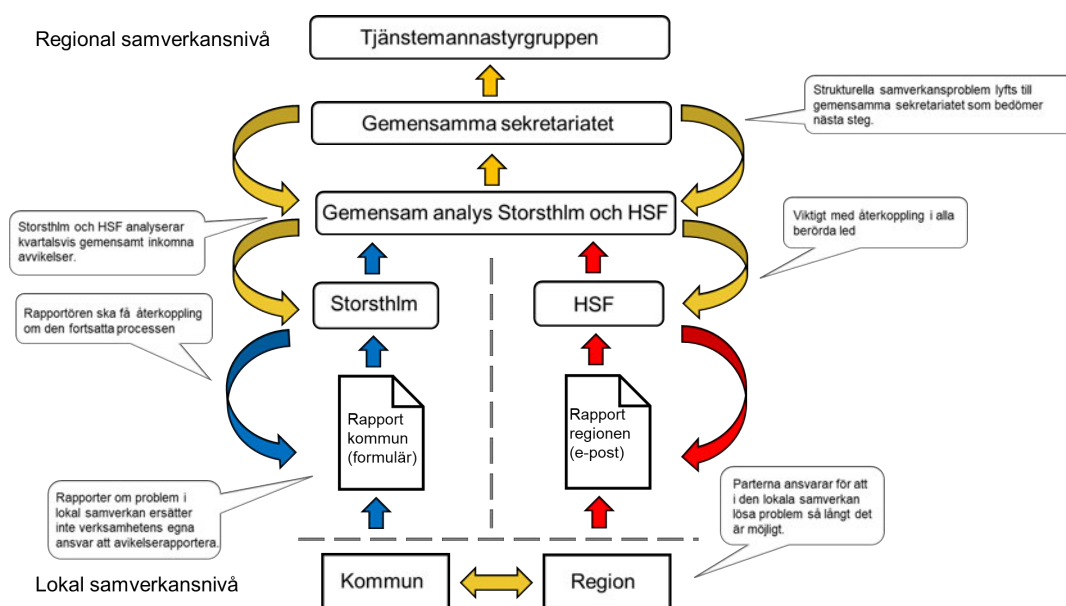
Regionens vårdgivare lyfter utvecklingsfrågor genom HSF.

8.6 Uppföljning av problem i samverkan

Syftet med uppföljningen är att identifiera strukturella problem i samverkan, och rapporteringen möjliggör för parterna att föra upp problem eller oenigheter kring lokal samverkan till den länsövergripande samverkansnivån. Uppföljningen avser inte avvikelser som rör enskilda individer. Rapporteringen ska inte ersätta parternas skyldighet att rapportera avvikelser.

Kommunerna rapporterar problem i samverkan till Storsthlm. Vårdgivare i regionen rapporterar problem i samverkan till HSF. Instruktioner för parternas rapportering av problem i samverkan inom respektive länsövergripande överenskommelse i sakområden finns på Storsthlms webbplats www.storsthlm.se.

HSF och Storsthlm ska löpande stämma av inkomna rapporter och återkoppla till parterna. Strukturella problem i samverkan rapporteras till VIS genom tjänstemannastyrgruppen.



Övergripande överenskommelse/ huvudöverenskommelse om hälsa, vård och omsorg (HÖK)



Huvudöverenskommelse (HÖK)

Idag finns 20-tal överenskommelser kring hälsa, vård och omsorg mellan kommunerna i länet och Region Stockholm.

Det finns därför behov av en huvudöverenskommelse (HÖK) som fastställer principer för:

- parternas gemensamma och respektive ansvar för sammanhållen, god, delaktig och effektiv vård och omsorg,
- struktur för samverkan på olika nivåer mellan kommunerna och regionen,
- hur samverkan ska ske lokalt, delregionalt och regionalt,
- hur överenskommelser inom sakområden ska tas fram/revideras och följas upp.



STORSTHLM

Avsiktsförklaring

Överenskommelsens parter samverkar för att utveckla och prioritera det som är bäst för brukaren/patienten och för invånarna i hela Stockholms län.



STORSTHLM

Syftet med överenskommelsen

Skapa bättre förutsättningar för samarbete mellan parternas verksamheter och därmed bidra till det övergripande målet för samverkan.

ÖK reglerar därför principer och former för samverkan mellan kommunerna och regionen och på en övergripande nivå.



STORSTHLM

Övergripande mål med samverkan mellan kommun och region

Den enskilde ska få en god, sömlös och personcentrerad vård och omsorg, samt att befolkningens hälsa ska förbättras.

Det ska ske på ett samordnat, jämlikt och kostnadseffektivt sätt för invånarna i Stockholms län.



STORSTHLM

Huvudöverenskommelse och riktlinje

Överenskommelsen är långsiktig, men behöver ge utrymme för utveckling av samverkan.

En framtida revidering innebär en omfattande beslutsgång.

Områden som kan behöva förändras över tid ingår i en länsövergripande riktlinje, t.ex:

- organisation för samverkan,
- process för uppföljning av samverkan.

Riktlinjen tas fram i samråd med kommuner och beslutas av tjänstemannastyrgruppen.

Kommunerna har lämnat synpunkter på HÖK genom en tjänstemannaremiss. Region Stockholm har också haft möjlighet att komma med synpunkter



STORSTHLM

Uppföljning

HÖK följs upp årligen genom dialog mellan parterna om hur HÖK bidrar till övergripande mål för samverkan.

Dialogen ska bidra till gemensam analys och utveckling av samverkan.

Parterna har också gemensamt ansvar för att länsövergripande överenskommelser regelbundet följs upp.

Uppföljningen ska ske gemensamt, samordnat och sammanställas och rapporteras till VIS.



STORSTHLM

Regional samverkansorganisation kring hälsa, vård och omsorg i HÖK:en



Samrådsgrupper

Utses av tjänstemannastyrgruppen med tydligt uppdrag kring prioriterade målgrupper och sakområden.

Kan vara att utarbeta och förvalta samverkansöverenskommelser, följa upp dem och rapportera till tjänstemannastyrgruppen.

Deltagare:

kommun

region

utförarverksamheter (vid behov)

andra aktörer, t.ex. patient-, brukar- och anhörigorganisationer (vid behov)

Samrådsgrupperna ska ha den kompetens som krävs för uppdraget.



STORSTHLM

Lokal samverkan

Regionen utser samordnade vårdcentral för samverkan i varje kommun och stadsdel i Stockholms stad.

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har uppdrag att att stödja och vägleda de samordnade vårdcentralerna.

Kommunen utser samordnande funktion, som också är länk för samverkansaktörer in till kommunens berörda verksamheter, inklusive utförarverksamhet i privat regi samt delta i lokal samverkan.

Storsthlm erbjuder kommunerna länsövergripande samordnande stöd.

Uppdragen för lokal samverkan kommer beskrivas i riktlinjen.



STORSTHLM

Sekretariat

Stöd till VIS och tjänstemannastyrgruppen med ordinarie resurser från HSF och Storsthlm.

Vid behov tillsätter styrgruppen arbetsgrupper med ytterligare representanter.



STORSTHLM

Digital portal

www.storsthlm.se är digital portal för samverkan mellan kommunerna och regionen.

Innehåll:

- Samtliga länsövergripande överenskommelser samt gemensamma riktlinjer/rutiner m.m
- Uppdrag för samverkansorganisation, samrådsgrupper samt kontaktuppgifter

Utvecklas tillsammans mellan Storsthlm och HSF. Storsthlm ansvarar för informationen.

Regionen länkar till portalen från aktuella sidor på sll.se, exempelvis www.vardgivarguiden.se.



STORSTHLM

För frågor om överenskommelsen kontakta Processledare [REDACTED]

[REDACTED]



STORSTHLM

STORSTHLM

2021-11-17
Dnr: S/21/0168

Minnesanteckningar frågor-svars-möte om HÖK 9 november 2021

Storsthlm har erbjudit kommunerna i länet ett tillfälle att ställa frågor om huvudöverenskommelsen om samverkan mellan kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm gällande vård och omsorg.

██████████, processledare och ██████████, processledare svarar på kommunernas frågor.

Fråga 1: Vad kommer huvudöverenskommelsen med tillhörande riktlinje att innebära för det lokala arbetet avseende till exempel resurser, förberedelser och omställning? Innebär HÖK:en att nuvarande lokala samverkansgrupper, arbetssätt och kontaktvägar behöver förändras?

Svar: Storsthlm svarar att huvudöverenskommelsen (HÖK) och riktlinjen inte reglerar hur samverkan ska se ut på lokal nivå. Syftet med HÖK är främja att det finns förutsättningar i varje kommun (och stadsdel i Stockholm stad) för lokal samverkan. Kommunen och regionen måste själva få komma överens om hur den lokala samverkan bäst bedrivs. Redan fungerande samverkan ska självklart bibehållas. HÖK ska inte ersätta, eller utgöra ett hinder för den samverkan som redan bedrivs genom befintliga länsövergripande överenskommelser, eller lokala överenskommelser. HÖK ska ses som ett komplement som övergripande samordnar och främjar samverkan kring överenskommelser inom olika sakområden.

Fråga 2: Vilka aktörer är det som ska ingå i den lokala samverkan?

Svar: Storsthlm svarar att vilka övriga aktörer som deltar måste vara upp till kommunen och regionen i den lokala samverkan.

Fråga 3: Huvudöverenskommelsen omfattar inte hur samverkan ska mellan brukarorganisationer och liknande. Kommer detta att framgå av riktlinjen?

Svar: Storsthlm svarar att överenskommelsen reglerar främst samverkan mellan parterna i HÖK:en som är kommunerna i länet och regionen. Samverkan med andra aktörer är viktiga både på regional nivå och lokal nivå. Det står i HÖK:en att vid behov ska andra aktörer delta i de samrådsgrupper eller arbetsgrupper som finns på regional nivå. Detta beslutas av tjänstemannastyrgruppen. På lokal nivå är det kommunen och regionen som tillsammans kommer överens om vilka aktörer som deltar.

Fråga 4: Omfattar den samordnande vårdcentralens uppdrag också att samordna sig med övriga vårdgivare i öppenvården och slutenvården?

Svar: Storsthlm svarar att samordnande vårdcentralens ansvar omfattar målgrupper och processer som berör flera vård- och omsorgsgivare i kommunen (eller stadsdelen i Stockholm stad). Det inkluderar också samverkan med psykiatri och slutenvård men samordningsuppdraget är nytt och rollen kommer att behöva konkretiseras över tid.

STORSTHLM

Fråga 5: Vilka förutsättningar och resurser har vårdcentralerna att delta i den lokala samverkan?

Svar: Storsthlm svarar att vårdcentralerna i respektive kommun och stadsdel i Stockholm stad gemensamt ska utse en samordnande vårdcentral som samordnar regionens del i den lokala samverkan. Den vårdcentral som utses erhåller också en viss ersättning för detta. Men det ingår också i övriga vårdcentralers grunduppdrag att delta i samverkan.

Fråga 6: Vilken yrkesroll eller kompetens förväntas att den samordnande funktionen i kommunen har?

Svar: Storsthlm svarar att den samordnande funktionen i kommunen kommer att beskrivas i riktlinjen. Rollen beskrivs i nuläget i rekommendationsbrevet till kommunerna som skickats ut med HÖK:en. Det är kommunen som bäst bedömer vilken yrkesroll eller kompetens som är lämplig. Den samordnande funktionen bör ha god kunskap om socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens organisation och uppdrag, och kännedom om aktuella samverkansfrågor. Beroende på till exempel kommunens organisation kan det behövas att kommunen utser fler än en person som samordnande funktion för att täcka in alla socialtjänstens verksamhetsområden. Den kommunala samordnande funktionens roll kan komma att utvecklas över tid, och kan också behöva anpassas utifrån förutsättningarna i den lokala samverkan.

Fråga 7: Hur kommer medicinsk kompetens att säkerställas på den regionala samverkansnivån?

Svar: Storsthlm svarar att det står i HÖK att samrådsgrupper och arbetsgrupper ska ha den kompetens som krävs för uppdraget. Det inbegriper självklart att det ska finnas funktioner med verksamhetskunskap samt hälso- och sjukvårdskompetens. Det är kommunerna som utser kommunernas representanter i samvårdsgrupperna och arbetsgrupper.

Fråga 8: Kan ni ge exempel på vad riktlinjen kommer att innehålla?

Svar: Storsthlm svarar att förslaget till riktlinje som är under framtagande innebär vissa förtydliganden av innehållet i överenskommelsen, främst kring organisation för samverkan och uppföljning av samverkan. Tanken med riktlinjen som beslutas av tjänstemannastyrgruppen för sammanhållen vård och omsorg är att till exempel hur samverkan organiseras vid behov ska kunna gå att utvecklas utan att själva överenskommelsen ska behöva revideras och antas på nytt av alla parter.

Fråga 9: Det hade varit önskvärt med tydligare skrivningar i överenskommelsen med gällande ansvarsfördelningen mellan olika vårdnivåer. Är det möjligt att förtydliga detta i riktlinjen?

Svar: Storsthlm svarar att tanken är att HÖK:en inte ska omfatta sådant som redan regleras i länsövergripande överenskommelser för olika sakområden mellan kommunerna och regionen. Det är i dessa överenskommelser eller länsövergripande

STORSTHLM

riktlinjer, rutiner eller anvisningar som det i så fall bäst görs förtydliganden. Vid behov kan det eventuellt behövas i framtiden att nya överenskommelser tillkommer.

Fråga 10: Går det att förtydliga att samverkan också omfattar kommunal hälso- och sjukvård, så det inte uppfattas som så att samverkan kring hälso- och sjukvård bara avser den regionfinansierade hälso- och sjukvården.

Svar: Storsthlm svarar att det självklart ska ses som att samverkan i samma utsträckning omfattar den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. Storsthlm tar med sig synpunkten och ser om detta kan förtydligas i riktlinjen.

Fråga 11: Hur kan samverkansfrågor lyftas från den lokala nivån till den regionala nivån? Är det möjligt att beskriva detta i riktlinjen?

Svar: Storsthlm svarar att det kan bero lite på vad det är för frågor. Men större frågor från lokal nivå lyfts bäst från kommunens sida av respektive socialchef till Storsthlms socialtjänstnätverk. På så sätt är det möjligt att få en länsövergripande bild av frågan. Därefter lyfter kommunernas representanter frågan till tjänstemannastyrgruppen. Storsthlm tar med sig att detta kan tydliggöras i riktlinjen.

Fråga 12: Kommer det att vara en samlad uppföljning av hur samverkan fungerar på de olika nivåerna?

Svar: På länsövergripande nivå planeras för en dialogmodell för årlig uppföljning av hur samverkan fungerar. På lokal nivå är det viktigt att samverkande parter själva följer upp hur samverkan fungerar, men det är viktigt att det då finnas en fungerande struktur för hur aktörerna på lokal nivå kan lyfta till den regionala nivån om samverkan inte fungerar. Uppföljningen av lokal och regional samverkan kommer att vara ett gemensamt utvecklingsområde över tid.

Fråga 13: När och hur kommer kommunerna att få lämna synpunkter på ett förslag till riktlinje?

Svar: Storsthlm svarar att arbetet pågår tillsammans med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) att ta fram ett mer färdigt utkast som skickas ut till kommunerna i form av en tjänstemannaremiss i december år 2021.

Fråga 14: När och hur kommer riktlinjen att beslutas, och hur kommer den framöver att revideras?

Svar: Storsthlm svarar att tidsplanen är att riktlinjen beslutas av tjänstemannastyrgruppen i februari år 2022 Det är tjänstemannastyrgruppen som bedömer när det sedan finns behov att revidera överenskommelsen. De delar som mer i detalj regleras i riktlinjen ska kunna utvecklas över tid. Riktlinjen ska vara ett relevant och levande styrdokument som utvecklas tillsammans mellan parterna i överenskommelsen.



Datum	Vår beteckning	Er beteckning
2022-04-05	ÄON 22/0067	

Äldre- och omsorgsnämnden

Uppföljning av Kungsgården och Norrgårdens vård- och omsorgsboende

Förslag till beslut

Äldre- och omsorgsnämnden godkänner socialkontorets uppföljning av Norrgårdens vård- och omsorgsboende som genomfördes den 15 november och 1 december samt på Kungsgårdens vård- och omsorgsboende den 9 december och den 13 december år 2021.

Sammanfattning

Uppföljning genomfördes på Norrgården och Kungsgården under november och december år 2021. Uppföljningen genomfördes under två dagar på respektive vård- och omsorgsboende för att täcka samtliga områden inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. Totalt 71 punkter/krav följdes upp. 59 av dessa bedömdes vara helt uppfyllda och 12 punkter bedömdes som delvis uppfyllda på Norrgården. På Kungsgården bedömdes 66 punkter vara helt uppfyllda och 5 punkter bedömdes delvis uppfyllda. Därefter har verksamheterna fått inkomma med en beskrivning av vidtagna eller planerade åtgärder utifrån de förbättringsområden som uppmärksammades. Kungsgården inkom med sina åtgärder nio dagar efter angivet stoppdatum.

Socialkontoret gör bedömningen att Norrgården och Kungsgården är väl fungerande vård- och omsorgsboenden. Ett utvecklingsområde som uppmärksammats inom båda verksamheter är egenkontroller. Verksamheterna arbetar aktivt med egenkontroller för att säkra och utveckla kvaliteten i verksamheterna. I båda verksamheter är det dock delvis svårt att utläsa vilka åtgärder som är vidtagna efter genomförda egenkontroller samt hur åtgärderna följs upp.

Beslutsunderlag

- Socialkontorets tjänsteskrivelse daterad 4 april år 2022
- Uppföljning Norrgården
- Uppföljning Kungsgården
- Kvalitetsuppföljning hälso- och sjukvård, Norrgården
- Kvalitetsuppföljning hälso- och sjukvård, Kungsgården



Ärendet

Genomförande

Uppföljningarna av Norrgården och Kungsgården genomfördes av Socialkontorets medicinskt ansvariga sjuksköterska tillsammans med kvalitetsutvecklare. Uppföljningen genomfördes på samma sätt på båda verksamheterna, vid två tillfällen med en heldag och en halvdag för att täcka samtliga områden inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. Från Norrgården medverkade enhetschef, enhetsledare och ansvarig enhetschef från hälso- och sjukvårdsenheten. Från Kungsgården medverkade enhetschef, enhetsledare och ansvarig enhetschef från hälso- och sjukvårdsenheten. Medarbetare intervjuades även i båda verksamheterna. Med anledning av pågående pandemi och risk för smittspridning så genomfördes inga brukarintervjuer eller deltagande observationer vid denna uppföljning.

71 punkter följdes upp enligt uppföljningsmall, av dessa var fyra intervjufrågor till personal. Resultatet av varje avtalspunkt förtydligas genom färgmarkeringar:

- Grönt = resultat överensstämmer med kravet
- Gult = resultatet överensstämmer delvis med kravet
- Rött = resultatet överensstämmer inte med kravet

Efter uppföljning har återkoppling av resultatet överlämnats till respektive verksamhet med begäran om åtgärd/handlingsplan gällande resultat som var gult eller rött. Båda verksamheterna har lämnat in en handlingsplan och socialkontoret har därefter gjort en ny bedömning om ställt krav, efter åtgärd, kan anses uppfyllt. Kungsgården inkom med handlingsplanen nio dagar efter angivet datum för inlämnande av handlingsplan.

Resultat

Norrgården

Av 71 punkter/krav som följdes upp var resultatet för Norrgården att 59 punkter var helt uppfyllda, 12 punkter delvis uppfyllda och noll punkter ej uppfyllda. Även mindre avvikelser har bedömts som gult, delvis uppfylla. Efter komplettering är bedömningen att 7 är delvis uppfyllda. Verksamheten har beskrivit vilka åtgärder som har/ska vidtas samt skickat med uppdaterade rutiner som styrker att åtgärderna är vidtagna. Vissa punkter går inte att ändra till godkända trots vidtagna åtgärder, utan dessa förblir delvis uppfyllda, exempelvis där det saknats uppgifter vid granskning av dokumentation.

Kungsgården

Av 71 punkter som följdes upp var resultatet för Kungsgården att 66 punkter var helt uppfyllda, 5 punkter delvis uppfyllda och noll punkter ej uppfyllda. Efter komplettering är bedömningen att 3 punkter är delvis uppfyllda.



Sammanfattning av resultat

I tabellen nedan redovisas fördelningen i sin helhet mellan grönt, gult och rött resultat.

Norrgården	Grönt	Gult	Rött
Vid uppföljningstillfället	59 punkter (83%)	12 punkter (16%)	0 punkter
Efter inlämning av handlingsplan/komplettering	64 punkter (90%)	7 punkter (10%)	0 punkter
Kungsgården	Grönt	Gult	Rött
Vid uppföljningstillfället	66 punkter (93%)	5 punkter (7%)	0 punkter
Efter inlämning av Handlingsplan/komplettering	68 punkter (96%)	3 punkter (4%)	0 punkter

Verksamheterna har fått två möjligheter till komplettering vilket Norrgården utnyttjade.

Identifierade förbättringsområden

Värdegrundsarbete

Både Kungsgården och Norrgården har utbildade värdegrundsledare/värdegrundsbud. Det framkommer vid uppföljningsbesöket att Norrgården inte fullt ut har arbetat med uppföljning av genomförd värdegrundsutbildning för personalen. Norrgården beskriver i inskickad och uppdaterad rutin hur värdegrundsarbetet på Norrgården kommer att fungera från utbildning till löpande arbete med värdegrund och uppföljning som en stående punkt vid APT.

Språk

Det förekommer vissa språksvårigheter inom medarbetargruppen på både Norrgården och Kungsgården avseende både kommunikation och dokumentation. På en övergripande nivå klarar personal att kommunicera och dokumentera. En kartläggning har genomförts och båda verksamheterna har medarbetare som har gått/kommer att gå utbildning i yrkes- och omsorgssvenska. Kungsgården beskriver även att de kommer att utbilda språkbud som kommer att handleda kollegor inom svenska språket. Språksvårigheter i äldreomsorgens verksamheter är ett generellt problem och inte specifikt för Upplands-Bro kommun.



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Det finns inte något fullständigt ledningssystem för verksamheterna inom Socialkontoret i Upplands-Bro kommun, egen regi. Båda verksamheterna har upprättade rutiner med aktiviteter kopplade till respektive rutin. Bedömningen är därmed att verksamheterna delvis har ett ledningssystem men det finns behov av ett ledningssystem på en övergripande nivå.

Egenkontroll

Rutiner för egenkontroller finns i båda verksamheterna och båda verksamheter genomför egenkontroller. Vid uppföljningsbesöken gick det inte att utläsa, genom uppvisad dokumentation, hur genomförd egenkontroll togs tillvara, det vill säga hur resultat från genomförda egenkontroller sedan blir åtgärder i ett förbättringsarbete. Norrgården beskriver hur arbetet med egenkontroller kommer utvecklas genom registrering i kommunens system Stratsys, där åtgärd och uppföljning finns med som obligatoriska moment.

Dokumentation

Rutiner för dokumentation finns men Norrgården behövde uppdatera sin rutin för social dokumentation, vilket är gjort och den är redovisad.

Mindre avvikelser noterades vid granskning av social dokumentation, hälso- och sjukvårdsdokumentation och upprättande av genomförandeplan. Det finns löpande dokumentation i de fyra akter per verksamhet som är granskade. När det gäller upprättande av genomförandeplan saknas det information, vid två av fyra granskade akter hos båda verksamheterna avseende hur den enskilde/och eller företrädare har deltagit vid upprättandet av genomförandeplanen. Genomförandeplanerna och den sociala dokumentationen kan utvecklas och bli bättre.

Bedömning

Både Norrgården och Kungsgården bedöms som väl fungerande vård- och omsorgsboenden. Trots att det saknas ett övergripande ledningssystem arbetar verksamheterna med ett systematiskt förbättringsarbete genom egenkontroller, avvikelshantering, riskanalyser, samverkan och delaktighet för boende, anhöriga och personal. Det som behöver utvecklas är en tydligare återföring och analys av de resultat som framkommer vid de olika egenkontrollerna, avvikelshandlingen och klagomål. Detta arbete kommer bland annat att ske i det befintliga systemet Stratsys.

Brister i svenska språket hos baspersonal är ett generellt problem som båda verksamheterna arbetar aktivt med genom utbildningsåtgärder i yrkes- och omvårdnadssvenska.

Dokumentationsgranskningen visar på mindre avvikelser och planerade åtgärder för att komma till rätta med bristerna beskrivs.

Vid medarbetarintervjuerna fördes samtal kring fyra områden, överrapportering mellan arbetsgrupper, aktiviteter, avvikelshantering och delegering. Samtliga



intervjuade kunde självständigt beskriva vilka arbetssätt som används inom respektive verksamhet. De beskriver också väl verksamhetens rutiner avseende delegering, överrapportering och avvikelshantering. Upplevelsen är att dessa områden är välfungerande. När det gäller schemalagd egen tid för de boende uppger Norrgården och Kungsgården olika intervall för detta. Ingen gör fel enligt de krav som ställts, dock bör verksamheterna göra lika då det inte bör vara någon skillnad för de som bor på Norrgården eller Kungsgården.

Barnperspektiv

Avtalsuppföljningen ska säkerställa att verksamheten erbjuder en god vård och omsorg för samtliga boende. De boende kan ha anhöriga som kommer på besök som har barn med sig vid besök på boendet. Barn bedöms påverkas och gynnas av att den närstående erbjuds en god och säker vård- och omsorg. I övrigt bedöms ärendet inte påverka barn

Socialkontoret

██████████

Socialchef

██████████

Avdelningschef äldre- och omsorgsavdelningen

Bilagor

1. Avtalsuppföljning vård- och omsorgsboende Kungsgården
2. Avtalsuppföljning vård- och omsorgsboende Norrgården
3. 2021 kvalitetsuppföljning hälso- och sjukvård Kungsgården
4. 2021 kvalitetsuppföljning hälso- och sjukvård Norrgården

Beslut sänds till

- Avdelningschef äldre- och omsorgsavdelningen
- Enhetschef biståndsenheten
- Enhetschef Kungsgården
- Enhetschef Norrgården

Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård i särskilda boenden för äldre (SOL) och funktionsnedsatta (LSS)

	210415
Uppgiftslämnare	Datum (år/mån/dag)

Verksamhetsuppgifter	
Boendets namn och ange om SOL- eller LSS-boende	Kungsgården
Antal boende/platser	32

Kontakt med läkare	
Ange läkarorganisation kontorstid	Familjeläkarna i Saltsjöbaden
Om annan läkarorganisation övrig tid, ange denna	
Har alla brukare en namngiven patientansvarig läkare?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Finns skriftlig rutin för när och hur läkare ska kontaktas dygnet runt?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Vid vilka tillfällen av följande tillfällen görs en vårdplanering tillsammans med ansvarig läkare?	<input checked="" type="checkbox"/> vid inflyttning till äldreboendet <input checked="" type="checkbox"/> årligen <input checked="" type="checkbox"/> vid bestående förändrat hälsotillstånd <input checked="" type="checkbox"/> vid vård i livets slutskede/palliativ vård

Kontakt med sjuksköterska/sjuksköterskas ansvar	
Har alla brukare en namngiven patientansvarig sjuksköterska (PAS)?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Hur många brukare är PAS ansvarig för?	
Finns tillgång till sjuksköterska dygnet runt?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange vilken verksamhet som ansvarar för sjuksköterskeinsatser obekvämtid.	Big care
Finns skriftlig rutin för när och hur sjuksköterska ska kontaktas dygnet runt?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Sjukgymnasts ansvar	
Har alla brukare en namngiven ansvarig sjukgymnast?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Hur många brukare ansvarar sjukgymnast för?	32
Hur många brukare är funktionsbedömda?	32

Arbetsterapeuts ansvar	
Har alla brukare en namngiven ansvarig arbetsterapeut?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Hur många brukare ansvarar arbetsterapeut för?	32
Hur många brukare är aktivitets/ADL-bedömda?	32

Förflyttningar (avser inomhus)

Ange antal brukare som går själva utan stöd	5
Ange antal brukare som går själva med rullator	13
Ange antal rullstolsburna brukare	14
Ange antal brukare som förflyttas med lyft	9
Vårdplanering	
Finns rutiner för vårdplanering?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Om ja, hur dokumenteras resultatet?	I life care och Procapita

Vårdhygien	
Är basala hygienrutiner kända av all personal?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har all personal genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildningen "Basalhygien"?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Om inte, ange hur många som genomgått relaterat till antal tv-anställda.	
Har all personal genomgått Socialstyrelsens webbaserade utbildning "Basala hygienrutiner inom vård- och omsorg"?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Om inte, ange hur många som genomgått relaterat till antal tv-anställda.	
Efterlevs basala hygienrutiner i vård- och omsorgsarbetet?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Brister förekommer i följsamhet
Utförs egenkontroll 2 ggr/år (höst & vår) i form av självskattning och observation gällande basala hygienrutiner?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange antal brukare med MRSA på boendet	1
Ange antal brukare med VRE på boendet	0
Ange antalet brukare med ESBL på boendet	1
Ange antalet brukare med ESBL carba på boendet	0

Nutrition	
Ange hur många brukare som har riskbedömts utifrån MNA avseende risk för undernäring	32
Ange hur ofta vikt kontrolleras	<input checked="" type="checkbox"/> Var 3:e månad <input type="checkbox"/> Var 6:e månad <input checked="" type="checkbox"/> Vid viktminskning <input checked="" type="checkbox"/> Vid viktökning <input checked="" type="checkbox"/> Vid förändrat hälsotillstånd
Ange hur många brukare som har BMI dokumenterat i journal	32
Följs tidsperioden för nattfastan upp individuellt (bör ej överstiga 11 timmar)	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Ibland
Ange nattfastans genomsnittliga längd på boendet	<input type="checkbox"/> < 9 timmar <input type="checkbox"/> ≥ 9 timmar men < 11 timmar <input checked="" type="checkbox"/> ≥ 11 timmar men < 13 timmar <input type="checkbox"/> ≥ 13 timmar
Finns tillgång till sittvåg?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange hur många brukare som matas	
Ange hur många brukare som nutrieras parenteralt	5
Ange hur många brukare som är ordinerade näringsdryck	6

Trycksår	
Ange hur många brukare som har riskbedömts avseende trycksår utifrån Norton-skalan	32
Ange hur många brukare som har trycksår	1
Ange antalet brukare med trycksår grad 1	0
Ange antalet brukare med trycksår grad 2	1

Ange antalet brukare med trycksår grad 3	0
Ange antalet brukare med trycksår grad 4	0
Ange antal trycksår som uppkommit på boendet	1
Ange antal trycksår som uppkommit utanför boendet	0
Dokumenteras trycksår i sårjournal med fotografi	<input type="checkbox"/> JA <input checked="" type="checkbox"/> NEJ (dokumenteras men utan foto)
Inkontinens	
Ange antal brukare med inkontinens	22
Ange antal brukare med utredd inkontinens	20
Ange antalet brukare med KAD	0
Ange hur många brukare som har ordination av inkontinenshjälpmedel dokumenterad i journal	20
Ange hur många sjuksköterskor vid boendet som har forskrivningsrätt avseende inkontinenshjälpmedel	1

Läkemedel	
Smärta	
Ange antal brukare med stående respektive vidbehovsordination av smärtstillande läkemedel (ange bägge typer av ordinationer separerade med /)	26
Finns rutin för utvärdering av smärtbehandling ex VAS-skalan eller annan skala?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Sömn, oro och ångest	
Ange antal brukare med stående respektive vidbehovsordination av lugnande/ångstdämpande läkemedel (ange bägge typer av ordinationer separerade med /)	11/15
Ange antal brukare med stående/vidbehovsordination av sömnläkemedel (ange bägge typer av ordinationer separerade med /)	15/5
Ange antal brukare med ordination på antidepressiva läkemedel	24
Kartläggs orsaker till brukares sömn-, oro- och ångestproblematik?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Övrigt: läkemedel	
Ange antal brukare med laxermedel	26
Ange antal brukare utan läkemedelsbehandling	0
Ange antal brukare med 1- 5 läkemedel stående ordination	4
Ange antal brukare med 6 -10 läkemedel, stående ordination	5
Ange antal brukare med 11-15 läkemedel, stående ordination	20
Ange antal brukare med > 15 läkemedel, stående ordination	3
Ange antal brukare som fått en läkemedelsgenomgång /uppföljning, de senaste 12 månaderna	5 (senaste 4 mån)

Läkemedelshantering	
Ange utsedd (skriftligt) ansvarig sjuksköterska för läkemedelshantering på boendet	
Finns skriftlig lokal rutin för läkemedelshantering på boendet utarbetad?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Finns skriftlig rutin för månatlig kontroll av narkotiska preparat?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange när senaste kvalitetsgranskning av	December 2019

läkemedelshanteringen utfördes (se protokoll)	
---	--

Mun- och tandvård	
Ange antal brukare som har tandvårdsintyg	20
Ange antal brukare som erhållit munhälsobedömning senaste året	0
Ange antal brukare som har munvårdskort	20
Ange antal brukare som får hjälp med sin munvård	11
Hur många av omsorgspersonalen relaterat till antalet tillsvidareanställda har under år 2020 deltagit i utbildning i munvård av ansvarig utförare av munhälsobedömningar?	0
Har boendets sjuksköterska deltagit i årlig utbildning enligt ovan?	Nej

Medicintekniska produkter	
Registreras medicintekniska produkter i en inventarieförteckning?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Vissa produkter
Finns skriftliga rutiner för att säkerställa kontroll, användning, underhåll och utrangering av medicintekniska produkter?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Vissa produkter
Finns avtal gällande service och underhåll med tex Sodexo eller annat företag?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Vissa produkter

Fall och fallskador	
Ange hur många brukare som bedömts avseende fallrisk enligt DFR1	32
Vem ansvarar för att riskbedömning genomförs?	<input checked="" type="checkbox"/> Sjuksköterska <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Sjukgymnast
Deltar boendet i det fallförebyggande arbetet tillsammans med Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB i äldreboenden?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Aysätts tid vid varje rond för att informera läkaren och diskutera de fall som uppkommit sedan föregående rondtillfälle?	<input type="checkbox"/> JA <input checked="" type="checkbox"/> NEJ

Delegering	
Finns det ett fungerande bevakningssystem för delegeringars giltighetstid?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange hur många av omsorgspersonalen som har delegering på att ge insulin med insulinpenna?	25
Ange antal delegeringar som dragits in under 2020 samt hittills under nuvarande år	0

Dokumentation av hälso- och sjukvård	
Finns rutiner för hantering och förvaring av de delar i journalen som ej är datorbaserade?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Upprättas vårdplaner vid stora/långvariga omvårdnadsproblem?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Ibland
Finns system för informationsöverföring av väsentliga uppgifter mellan den legitimerade personalen och övrig omsorgspersonal?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Behöver förbättras

Medicinsk fotsjukvård	
Ange antal brukare som får medicinsk fotsjukvård på kommunal remiss av ansvarig läkare/sjuksköterska	11

Logoped	
Ange hur många brukare som har behandling av logoped	0

Dietist	
Ange om det finns tillgång till dietist vid behov	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Egenvård respektive hälso- och sjukvård	
Dokumenteras ställningstagande att en brukare bedömts själv kunna ansvara för sina ordinerade medicinska åtgärder som egenvård? (ex läkemedelshantering)	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange antal brukare som själva eller med hjälp av handräckning själva ansvarar för utförandet av de ordinerade medicinska åtgärderna (ex läkemedelshantering)	0
Ange antalet brukare som är bedömda att ej själva kunna ansvara för utförandet av de ordinerade medicinska uppgifterna (dvs hälso- och sjukvården har tagit över ansvaret)	0

Systematiskt förbättringsarbete/kvalitetsarbete	
Tas avvikelser inom hälso- och sjukvård upp och analyseras/diskuteras gemensamt och regelbundet i boendets systematiska kvalitetsarbete – i syfte att dra lärdom och vidta långsiktiga åtgärder inom ramen för patientsäkerhetsarbete	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Kvalitetsregister	
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende fall (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende trycksår (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende undernäring (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende munhälsa (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende inkontinens (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input type="checkbox"/> JA <input checked="" type="checkbox"/> NEJ
Registreras alla dödsfall som sker i boendet i Palliativa registret?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registrerar boendet i BPSD-registret?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Om inte görs BPSD-skattning på pappersmall med omvårdnadsåtgärder när beteendemässiga och psykiska symtom vid demens uppstår?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
---	---

Kunskapsguiden	
Har omsorgspersonal under året genomgått någon av de webbaserade utbildningarna för personal på www.kunskapsguiden.se ? Ange vilken/vilka.	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har legitimerad personalen vid boendet genomgått någon av de webbaserade utbildningarna för personal på www.kunskapsguiden.se ? Ange vilken/vilka.	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Faktainhämtning/informationskällor	
Används "Kunskapsguiden"- www.kunskapsguiden.se som kunskapskälla avseende hälsa, vård & omsorg?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Används "Vårdhandboken"- www.vardhandboken.se som stöd för kvalitetssäkrade metodanvisningar och arbetsmetoder i olika hälso- och sjukvårdsmoment?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Används Vårdhygien Stockholms hemsida- www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/vardhygien/ för att alltid erhålla senaste aktuella handlingsprogram avseende smittämnen, vårdrelaterade infektioner och odlingsanvisningar?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ



Kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvård i särskilda boenden för äldre (SOL) och funktionsnedsatta (LSS)

	210415
--	--------

Uppgiftslämnare

Datum (år/mån/dag)

Verksamhetsuppgifter	
Boendets namn och ange om SOL- eller LSS-boende	Norrgården
Antal boende/platser	38 av 48 platser

Kontakt med läkare	
Ange läkarorganisation kontorstid	Familjeläkarna i Saltsjöbaden
Om annan läkarorganisation övrig tid, ange denna	
Har alla brukare en namngiven patientansvarig läkare?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Finns skriftlig rutin för när och hur läkare ska kontaktas dygnet runt?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Vid vilka tillfällen av följande tillfällen görs en vårdplanering tillsammans med ansvarig läkare?	<input checked="" type="checkbox"/> vid inflyttning till äldreboendet <input checked="" type="checkbox"/> årligen <input checked="" type="checkbox"/> vid bestående förändrat hälsotillstånd <input checked="" type="checkbox"/> vid vård i livets slutskede/palliativ vård

Kontakt med sjuksköterska/sjuksköterskas ansvar	
Har alla brukare en namngiven patientansvarig sjuksköterska (PAS)?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Hur många brukare är PAS ansvarig för?	19 st (24)
Finns tillgång till sjuksköterska dygnet runt?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange vilken verksamhet som ansvarar för sjuksköterskeinsatser obekvämtid	Big care
Finns skriftlig rutin för när och hur sjuksköterska ska kontaktas dygnet runt?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Sjukgymnasts ansvar	
Har alla brukare en namngiven ansvarig sjukgymnast?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Hur många brukare ansvarar sjukgymnast för?	38 (48)
Hur många brukare är funktionsbedömda?	38

Arbeterapeuts ansvar	
Har alla brukare en namngiven ansvarig arbetsterapeut?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Hur många brukare ansvarar arbetsterapeut för?	38 (48)
Hur många brukare är aktivitets/ADL-bedömda?	38

Förflyttningar (avser inomhus)	
Ange antal brukare som går själva utan stöd	6
Ange antal brukare som går själva med rullator	14

Ange antal rullstolsburna brukare	20
Ange antal brukare som förflyttas med lyft	13
Vårdplanering	
Finns rutiner för vårdplanering?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Om ja; hur dokumenteras resultatet?	I life care och Procapita

Vårdhygien	
Är basala hygienrutiner kända av all personal?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har all personal genomgått Vårdhygiens webbaserade utbildningen "Basal hygien"?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ Alla har gått
Om inte ange hur många som genomgått relaterat till antal tv-anställda.	
Har all personal genomgått Socialstyrelsens webbaserade utbildning "Basala hygienrutiner inom vård- och omsorg"?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ Alla har gått
Om inte ange hur många som genomgått relaterat till antal tv-anställda.	
Efterlevs basala hygienrutiner i vård- och omsorgsarbetet?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Brister förekommer i följsamhet
Utförs egenkontroll 2 ggr/år (höst & vår) i form av självskattning och observation gällande basala hygienrutiner?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange antal brukare med MRSA på boendet	1
Ange antal brukare med VRE på boendet	0
Ange antalet brukare med ESBL på boendet	1
Ange antalet brukare med ESBL carba på boendet	0

Nutrition	
Ange hur många brukare som har riskbedömts utifrån MNA avseende risk för undernäring	24
Ange hur ofta vikt kontrolleras	<input checked="" type="checkbox"/> Var 3:e månad <input type="checkbox"/> Var 6:e månad <input checked="" type="checkbox"/> Vid viktminskning <input checked="" type="checkbox"/> Vid viktökning <input checked="" type="checkbox"/> Vid förändrat hälsotillstånd
Ange hur många brukare som har BMI dokumenterat i journal	38
Följs tidsperioden för nattfastan upp individuellt (bör ej överstiga 11 timmar)	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Ibland
Ange nattfastans genomsnittliga längd på boendet	<input type="checkbox"/> < 9 timmar <input type="checkbox"/> ≥ 9 timmar men < 11 timmar <input checked="" type="checkbox"/> ≥ 11 timmar men < 13 timmar <input type="checkbox"/> ≥ 13 timmar
Finns tillgång till sittvåg?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange hur många brukare som matas	13
Ange hur många brukare som nutrieras parenteralt	0
Ange hur många brukare som är ordinerade näringsdryck	16

Trycksår	
Ange hur många brukare som har riskbedömts avseende trycksår utifrån Norton-skalan	38
Ange hur många brukare som har trycksår	5
Ange antalet brukare med trycksår grad 1	5
Ange antalet brukare med trycksår grad 2	0
Ange antalet brukare med trycksår grad 3	0
Ange antalet brukare med trycksår grad 4	0

Ange antal trycksår som uppkommit på boendet	2
Ange antal trycksår som uppkommit utanför boendet	3
Dokumenteras trycksår i sårjournal med fotografi	<input type="checkbox"/> JA <input checked="" type="checkbox"/> NEJ
Inkontinens	
Ange antal brukare med inkontinens	34
Ange antal brukare med utredd inkontinens	17
Ange antalet brukare med KAD	0
Ange hur många brukare som har ordination av inkontinenshjälpmedel dokumenterad i journal	15
Ange hur många sjuksköterskor vid boendet som har förskrivningsrätt avseende inkontinenshjälpmedel	2 st

Läkemedel	
Smärta	
Ange antal brukare med stående respektive vidbehovs ordination av smärtstillande läkemedel (ange bägge typer av ordinationer separerade med /)	34/20
Finns rutin för utvärdering av smärtbehandling ex VAS-skalan eller annan skala?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Sömn, oro och ångest	
Ange antal brukare med stående respektive vidbehovs ordination av lugnande/ångestdämpande läkemedel (ange bägge typer av ordinationer separerade med /)	17 st/19St
Ange antal brukare med stående/vidbehovs ordination av sömnläkemedel (ange bägge typer av ordinationer separerade med /)	15st/7st
Ange antal brukare med ordination på antidepressiva läkemedel	10 st
Kartläggs orsaker till brukares sömn-, oro- och ångestproblematik?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Övrigt: läkemedel	
Ange antal brukare med laxermedel	14 st
Ange antal brukare utan läkemedelsbehandling	1 st
Ange antal brukare med 1- 5 läkemedel stående ordination	2 st
Ange antal brukare med 6 -10 läkemedel, stående ordination	15 st
Ange antal brukare med 11-15 läkemedel, stående ordination	10 st
Ange antal brukare med > 15 läkemedel, stående ordination	9 st
Ange antal brukare som fått en läkemedelsgenomgång /uppföljning, de senaste 12 månaderna	27

Läkemedelshantering	
Ange utsedd (skriftligt) ansvarig sjuksköterska för läkemedelshantering på boendet	Cecilia Andersson
Finns skriftlig lokal rutin för läkemedelshantering på boendet utarbetad?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Finns skriftlig rutin för månatlig kontroll av narkotiska preparat?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange när senaste kvalitetsgranskning av läkemedelshantering utfördes (se protokoll)	December 2019

Mun- och tandvård	
Ange antal brukare som har tandvårdsintyg	38
Ange antal brukare som erhållit munhälsobedömning senaste året	0
Ange antal brukare som har munvårdskort	38
Ange antal brukare som får hjälp med sin munvård	32
Hur många av omsorgspersonalen relaterat till antalet tillsvidareanställda har under år 2020 deltagit i utbildning i munvård av ansvarig utförare av munhälsobedömningar?	0
Har boendets sjuksköterska deltagit i årlig utbildning enligt ovan?	Nej

Medicintekniska produkter	
Registreras medicintekniska produkter i en inventarieförteckning?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Vissa produkter
Finns skriftliga rutiner för att säkerställa kontroll, användning, underhåll och utrangering av medicintekniska produkter?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Vissa produkter
Finns avtal gällande service och underhåll med tex Sodexo eller annat företag?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Vissa produkter

Fall och fallskador	
Ange hur många brukare som bedömts avseende fallrisk enligt DFRI	19
Vem ansvarar för att riskbedömning genomförs?	<input checked="" type="checkbox"/> Sjuksköterska <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Sjukgymnast
Deltar boendet i det fallförebyggande arbetet tillsammans med Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB i äldreboenden?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Avsätts tid vid varje rond för att informera läkaren och diskutera de fall som uppkommit sedan föregående rondtillfälle?	<input type="checkbox"/> JA <input checked="" type="checkbox"/> NEJ

Delegering	
Finns det ett fungerande bevakningssystem för delegeringars giltighetstid?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange hur många av omsorgspersonalen som har delegering på att ge insulin med insulinpenna?	13 st
Ange antal delegeringar som dragits in under 2020 samt hittills under nuvarande år	0

Dokumentation av hälso- och sjukvård	
Finns rutiner för hantering och förvaring av de delar i journalen som ej är datorbaserade?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Upprättas vårdplaner vid stora/långvariga omvårdnadsproblem?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Ibland
Finns system för informationsöverföring av väsentliga uppgifter mellan den legitimerade personalen och övrig omsorgspersonal?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> Behöver förbättras

Medicinsk fotsjukvård	
Ange antal brukare som får medicinsk fotsjukvård på kommunal remiss av ansvarig läkare/sjuksköterska	17 st

Logoped	
Ange hur många brukare som har behandling av	1

logoped	
---------	--

Dietist	
Ange om det finns tillgång till dietist vid behov	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Egenvård respektive hälso- och sjukvård	
Dokumenteras ställningstagande att en brukare bedömts själv kunna ansvara för sina ordinerade medicinska åtgärder som egenvård? (ex läkemedelshantering)	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Ange antal brukare som själva eller med hjälp av handräckning själva ansvarar för utförandet av de ordinerade medicinska åtgärderna (ex läkemedelshantering)	0
Ange antalet brukare som är bedömda att ej själva kunna ansvara för utförandet av de ordinerade medicinska uppgifterna (dvs hälso- och sjukvården har tagit över ansvaret)	0

Systematiskt förbättringsarbete/kvalitetsarbete	
Tas avvikelser inom hälso- och sjukvård upp och analyseras/diskuteras gemensamt och regelbundet i boendets systematiska kvalitetsarbete = i syfte att dra lärdom och vidta långsiktiga åtgärder inom ramen för patientsäkerhetsarbete	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Kvalitetsregister	
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende fall (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende trycksår (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende undernäring (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende munhälsa (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registreras i Senior Alert alla momenten - riskbedömning, planerade åtgärder samt uppföljning avseende inkontinens (för de brukare som lämnat samtycke) Om nej- ange vad som inte registreras	<input type="checkbox"/> JA <input checked="" type="checkbox"/> NEJ
Registreras alla dödsfall som sker i boendet i Palliativa registret?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Registrerar boendet i BPSD-registret?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Om inte- görs BPSD-skattning på pappersmall med omvårdnadsåtgärder när beteendemässiga och	<input type="checkbox"/> JA <input checked="" type="checkbox"/> NEJ

psykiska symtom vid demens uppstår?	
-------------------------------------	--

Kunskapsguiden	
Har omsorgspersonal under året genomgått någon av de webbaserade utbildningarna för personal på www.kunskapsguiden.se ? Ange vilken/vilka.	<input type="checkbox"/> JA <input checked="" type="checkbox"/> NEJ
Har legitimerad personalen vid boendet genomgått någon av de webbaserade utbildningarna för personal på www.kunskapsguiden.se ? Ange vilken/vilka.	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ

Faktainhämtning/informationskällor	
Används "Kunskapsguiden"- www.kunskapsguiden.se som kunskapskälla avseende hälsa, vård & omsorg?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Används "Vårdhandboken"- www.vardhandboken.se som stöd för kvalitetssäkrade metodanvisningar och arbetsmetoder i olika hälso- och sjukvårdsmoment?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Används Vårdhygien Stockholms hemsida- www.vardgivarguiden.se/behandlingsstod/vardhygien/ för att alltid erhålla senaste aktuella handlingsprogram avseende smittämnen, vårdrelaterade infektioner och odlingsanvisningar?	<input checked="" type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ