

KALLELSE

Nämnd Socialnämnden

Datum och tid 2018-03-28 Kl. 13.00

Plats Gröna rummet, Socialförvaltningen, Östhammar

Besök	Nr	ÄRENDELISTA	Föredragande
	1	Tillkommande ärenden	
	2	Redovisning av delegationsbeslut	
13.10	3	Personärende	Ing-Marie Hugg
	4	Information och anmälningsärenden mars 2018	Ledningsgrupp
	5 A	Ekonomisk uppföljning per februari 2018	Torbjörn Nyqvist
13.45	6 B	Uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS: Samarbetets Ekonomiska förening i Östhammar	Tobias Wistrand
	7 C	Uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS: Aktivt stöd Uppland AB	Tobias Wistrand
	8 D	Uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS: Egenregi	Tobias Wistrand
14.00	9 E	Patientsäkerhetsberättelse 2017	Anette Frode
14.15	10	Information; Projektsamarbete med staden Poti i Georgien inom äldreomsorg och LSS-boende	Jessica Helmefors
	11	Rapporter	
	12	Tillkommande ärenden	

Sekreterare Rebecka Modin

Ordförande Kerstin Björck-Jansson

p. 1

Tillkommande ärenden

p. 2

Dnr SN-2018-64
Dnr SN-2018-65
Dnr SN-2018-66

Dpl 904
Dpl 904
Dpl 904

Redovisning av delegationsbeslut

Föreligger delegationslistor.

1. Arbetsutskottets protokoll 2018-03-14.
 2. Beslut i vård- och omsorgsärenden 2018-02-01 t.o.m. 2018-02-28.
 3. Beslut i individ- och familjeomsorgsärenden 2018-02-01 t.o.m. 2018-02-28.
 4. Beslut i övriga ärenden registrerade 2018-02-01 t.o.m. 2018-02-28.
-

p. 3

Personärende

Handlingar delas ut på sammanträdet

p. 4

Dnr SN-2018-2

Dpl 904

Information och anmälningsärenden mars 2018

Ärendet omfattar muntlig information från socialförvaltningens tjänstemän, skriftlig information som nämnden tar del av via sitt digitala arbetsrum och skriftlig information som omfattas av sekretess och som redovisas i pärm.

Muntlig information från socialförvaltningens tjänstemän:

- Rapport från pågående arbete med det ekonomiska läget samt rapport om detsamma till kommunstyrelsen.
- Information om pågående arbete med utökning av boendeplatser i Öregrund.
- Vård och omsorg gör en översyn av scheman. Personalen är delaktig i översynen.
- Det finns möjligheter att rekvirera medel för stärkt bemanning inom den sociala barn och ungdomsvården.
- Vård och omsorg gör en riskbedömning för att undersöka om antalet korttidsplatser kan minskas.
- De som får matlådor som biståndsbedömd insats har börjat få kalla matlådor. Leveransen av matlådor var också med som en del i upphandlingen av servicetjänster. I upphandlingen var uppskattningen att leverans av matlådor ska ske tre gånger i veckan. Tekniska kontoret arbetar med lösningar i köken.
- Förvaltningen arbetar även med andra delar av produktionen av måltider utifrån en analys av kostnader som har skett tidigare.

Socialchef Håkan Dahlqvist, individ- och familjeomsorgschef Mikael Sjöberg, vård och omsorgschef Carina Kumlin och administrativ chef Torbjörn Nyqvist föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 2018-03-14

Socialnämnden tar del av informationen.

p. 5

Dnr SN-2018-47

Dpl 042

Ekonomisk uppföljning per februari 2018

Handling A

Redovisas ekonomisk månadsuppföljning.

Administrativ chef Torbjörn Nyqvist och individ- och familjeomsorgchef Mikael Sjöberg föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 2018-03-14

Socialnämnden tar del av redovisningen.

p. 6

Dnr SN-2017-215

Dpl 701

Uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS:
Samarbetets Ekonomiska förening i Östhammar

Handling B

Östhammars kommun tillämpar lagen om valfrihet, inom daglig verksamhet enligt LSS sedan 2010. Den dagliga verksamheten syftar till att ge sysselsättning med arbetsförberedande inriktning till funktionsnedsatta personer som är i yrkesverksam ålder, saknar meningsfull sysselsättning och inte utbildar sig.

Föreligger uppföljning av daglig verksamhet som tillhandahålls av Samarbetets Ekonomiska förening i Östhammar.

Administrativ chef Torbjörn Nyqvist föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 2018-03-14

Socialnämnden godkänner 2017 års uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS som tillhandahålls av Samarbetets Ekonomiska förening i Östhammar.

Socialförvaltningen får i uppdrag att genom dialog med Samarbetet skapa förutsättningar för ökad tydlighet i genomförandeplaners målformuleringar.

p. 7

Dnr SN-2018-73

Dpl 701

Uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS: Aktivt stöd Uppland AB

Handling C

Östhammars kommun tillämpar lagen om valfrihet, inom daglig verksamhet enligt LSS sedan 2010. Den dagliga verksamheten syftar till att ge sysselsättning med arbetsförberedande inriktning till funktionsnedsatta personer som är i yrkesverksam ålder, saknar meningsfull sysselsättning och inte utbildar sig.

Föreligger uppföljning av daglig verksamhet som tillhandahålls av Aktivt stöd Uppland AB.

Administrativ chef Torbjörn Nyqvist föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 2018-03-14

Socialnämnden godkänner 2017 års uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS som tillhandahålls av Aktivt stöd Uppland AB.

Socialförvaltningen får i uppdrag att i dialog med Aktivt stöd Uppland AB säkerställa att genomförandeplaner upprättas i verksamhetssystemet Combine i enlighet med socialnämndens krav.

p. 8

Dnr SN-2018-74

Dpl 701

Uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS:
Egenregi

Handling D

Östhammars kommun tillämpar lagen om valfrihet, inom daglig verksamhet enligt LSS sedan 2010. Den dagliga verksamheten syftar till att ge sysselsättning med arbetsförberedande inriktning till funktionsnedsatta personer som är i yrkesverksam ålder, saknar meningsfull sysselsättning och inte utbildar sig.

Föreligger uppföljning av daglig verksamhet som tillhandahålls av egenregi.

Administrativ chef Torbjörn Nyqvist föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 2018-03-14

Socialnämnden godkänner 2017 års uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS som tillhandahålls av Östhammars kommun i egen regi.

Socialförvaltningen uppdras att i dialog med egen regi, säkerställa att genomförandeplaner upprättas i verksamhetssystemet Combine i enlighet med socialnämndens krav.

p. 9

Dnr SN-2018-63

Dpl 738

Patientsäkerhetsberättelse 2017

Handling E

Varje vårdgivare är skyldig att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL 3 kap. 10 §. Patientsäkerhetsberättelsen syftar bland annat till att säkerställa att rutiner finns för att identifiera och analysera och vidta åtgärder mot risker i vården, samt att ge vårdgivaren kontroll över det patientsäkerhetsarbete som pågår i verksamheten. Riktlinjer och rutiner ses över och revideras årligen för att åstadkomma detta.

Föreligger patientsäkerhetsberättelse för 2017.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) Anette Frode föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 2018-03-14

Socialnämnden tar del av patientsäkerhetsberättelsen för 2017.

Socialnämnden ser allvarligt på att Region Uppsala inte har genomfört läkemedelsgenomgångar i den omfattning som överenskommits inom vård i samverkan.

p. 10

Dnr SN-2016-280

Dpl 901

Information

Projektsamarbete med staden Poti i Georgien inom äldreomsorg och LSS-boende

Föreligger förslag till projektsamarbete med Poti i Georgien för utbyte av kunskaper och erfarenheter inom områdena äldreomsorg och omsorg om barn med funktionsnedsättningar. Projektet föreslås finansieras genom ansökan hos Sida om kommunalt partnerskap. Information om projektorganisation med styrgrupp, projektgrupp och projektledare. Diskussion om vikten att involvera personal (på olika nivåer såsom chefer och undersköterskor) samt frivilligorganisationer.

Internationell samordnare Stefan Edelsvärd och områdeschef vård och omsorg Jessica Helmefors föredrar ärendet.

Arbetsutskottets förslag 2016-12-07

Socialnämnden ställer sig som projektägare bakom en ansökan till Sida om ett kommunalt partnerskap på 3 år med projektstart den 1 juli 2017.

Områdeschef vård och omsorg Jessica Helmefors föredrar ärendet.

Socialnämndens beslut 2016-12-21

Socialnämnden ställer sig som projektägare bakom en ansökan till Sida om ett kommunalt partnerskap på 3 år med projektstart den 1 juli 2017.

Projektet beviljades medel 2017-12-15.

p. 11

Dnr SN-2018-19

Dpl 904

Rapporter

p. 12

Tillkommande ärenden

Ekonomisk månadsuppföljning

Socialnämnden

Postadress	Besöksadress/Reg.office	Telefon	Telefax	Organisationsnummer	Bankgiro
Box 66	Stångörsgatan 10	Nat 0173-860 00	Nat 0173-175 37	212000-0290	233-1361
S-742 21 Östhammar	Östhammar	Int +46 173 860 00	Int +46 173 175 37	V.A.T. No	PlusGiro
	www.osthammar.se	kommunen@osthammar.se		SE212000029001	1 31 70-6

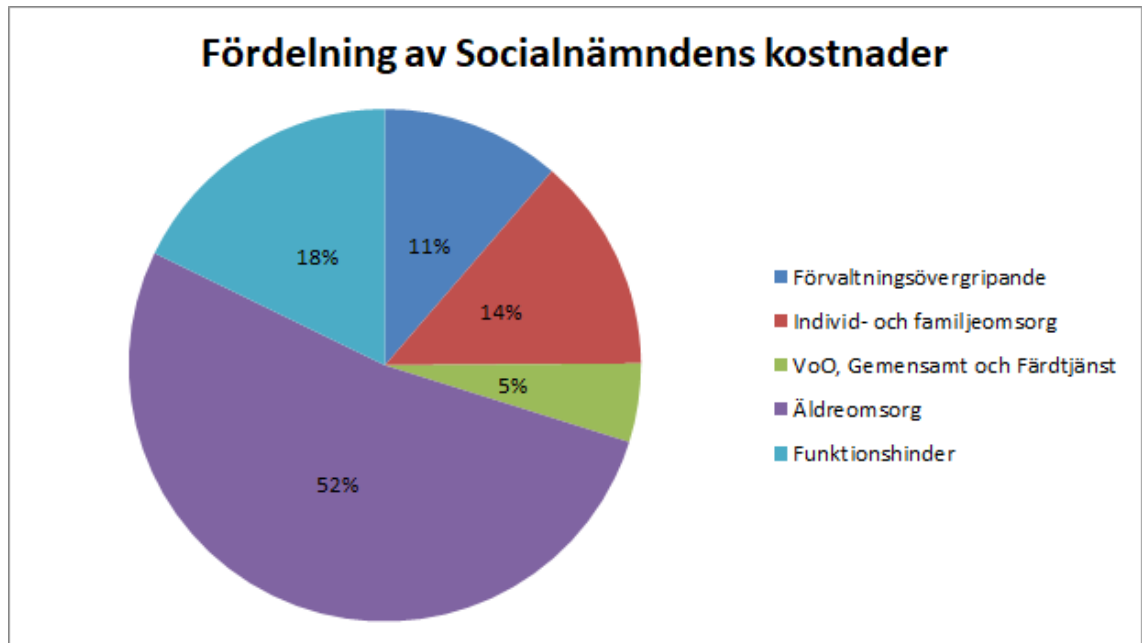
Innehållsförteckning

1 Ekonomiskt resultat	3
2 Driftsredovisning med prognos	4
3 Ekonomisk analys.....	6

1 Ekonomiskt resultat

Sammanfattning

Socialnämndens budgetram för 2018 uppgår till 447,1 mnkr, vilket är en ökning med 4,29 procent jämfört med föregående år. De största blocken är "Äldreomsorg" och "Funktionshinder", följt av "Individ- och familjeomsorg", "Förvaltningsövergripande" och slutligen "VoO, Gemensamt och Färdtjänst".



Förvaltningsövergripande verksamhet

De förvaltningsövergripande verksamheterna förväntas inte avvika från budget.

Individ- och familjeomsorg

Verksamheten visar ett nettounderskott på 16 mnkr fördelat enligt nedan:

- Gemensamt IFO: 0,2 mnkr
- Myndighetsutövning IFO, -1,7 mnkr
- Öppenvård, -0,5 mnkr
- Familjehem, -2,0 mnkr
- HVB/Stödboende/Boende, -2,0 mnkr
- Ensamkommande, -10,0 mnkr

Vård och omsorg

Verksamheten visar ett nettounderskott på 25 mnkr fördelat enligt nedan:

- Gemensamt VoO, 0,3 mnkr
- Myndighetsutövning VoO, -0,1 mnkr
- Ordinärt boende, -10,4 mnkr
- Särskilt boende, äldre, -12,1 mnkr

- Insatser enligt HSL, -2,9 mnkr
- Bostad med särskild service vuxna, LSS, -0,2 mnkr
- Särskilt boende, funktionshinder, 1,4 mnkr
- Personlig assistans, LSS och SFB, 0,3 mnkr
- Daglig verksamhet, LSS, -1,3 mnkr

2 Driftsredovisning med prognos

Driftsredovisning nämndens verksamheter, tkr

Verksamheter	Helår	Period jan-feb			Helår		
	Budget	Budget	Utfall	Avvikelse	Prognos	Avvikelse	%
Sammanfattning ekonomi							
Intäkter, total	-178 133	-29 689	-25 598	-4 091	-165 033	-13 100	93%
-Ensamk. barn	-37 270	-6 212	-3 964	-2 247	-23 170	-14 100	62%
-FK	-21 718	-3 620	-4 099	479	-21 718	0	100%
-Avgift	-21 563	-3 594	-3 849	255	-22 563	1 000	105%
Kostnad, total	625 202	101 979	98 735	3 245	653 101	-27 900	104%
Netto, total	447 069	72 291	73 136	-846	488 068	-41 000	109%
Förvaltningsövergripande verksamhet							
<i>Nämnd och politik</i>							
Nettokostnad	4 153	692	91	601	4 153	0	100%
<i>Lokaler</i>							
Nettokostnad	36 046	6 008	5 882	126	36 046	0	100%
<i>Stab och administration</i>							
Nettokostnad	10 135	1 652	2 317	-666	10 135	0	100%
Individ och familjeomsorg							
<i>Gemensamt IFO</i>							
Nettokostnad	3 270	534	-467	1 001	3 070	200	94%
<i>Myndighetsutövning IFO</i>							
Nettokostnad	20 675	3 368	3 339	29	22 376	-1 700	108%
<i>Försörjningsstöd</i>							
Nettokostnad	8 699	1 448	930	517	8 699	0	100%
<i>Boendestöd</i>							
Nettokostnad	8 186	1 345	1 282	63	8 186	0	100%
<i>Öppenvård</i>							
Nettokostnad	10 912	1 805	2 315	-509	11 412	-500	105%

<i>Familjehem</i>							
Nettokostnad	6 932	1 151	1 563	-411	8 932	-2 000	129%
<i>HVB/Stödboende/Boende</i>							
Nettokostnad	2 252	375	971	-595	4 252	-2 000	189%
<i>Ensamkommande, handläggning, placeringar och övriga insatser</i>							
Nettokostnad	0	-78	2 583	-2 661	10 000	-10 000	N/A
Vård och omsorg							
<i>Gemensamt VoO</i>							
Nettokostnad	9 932	1 560	2 227	-666	9 632	300	97%
<i>Myndighetsutövning, VoO</i>							
Nettokostnad	6 750	1 102	948	154	6 849	-100	101%
<i>Färdtjänst</i>							
Nettokostnad	5 499	917	876	41	5 499	0	100%
Äldreomsorg							
<i>Ej biståndsbedömd verksamhet, äldre (utskrivningsklara, tomma lägenheter och öppen verksamhet)</i>							
Nettokostnad	2 255	371	260	112	2 255	0	100%
<i>Ordinärt boende</i>							
Nettokostnad	67 936	10 927	11 177	-251	78 285	-10 350	115%
<i>Särskilt boende, äldre</i>							
Nettokostnad	122 022	19 420	19 644	-224	134 172	-12 150	110%
<i>Ledsagning, anhöriganställning, avlösning och kontaktstöd, SoL</i>							
Nettokostnad	543	91	205	-114	543	0	100%
<i>Insatser enligt HSL</i>							
Nettokostnad	41 312	6 690	6 567	123	45 312	-2 900	110%
Funktionshinder							
<i>Bostad med särskild service vuxna, LSS</i>							
Nettokostnad	34 422	5 481	4 604	877	34 622	-200	101%
<i>Särskilt boende, funktionshinder</i>							
Nettokostnad	7 700	1 283	1 028	256	6 300	1 400	82%
<i>Boende/korttidsvistelse barn och unga, LSS</i>							
Nettokostnad	6 783	1 114	1 047	67	6 783	0	100%
<i>Personlig assistans, LSS och SFB</i>							
Nettokostnad	13 765	2 222	2 095	126	13 465	300	98%
<i>Daglig verksamhet, LSS</i>							

Nettokostnad	15 568	2 595	1 221	1 374	16 868	-1 300	108%
<i>Ledsagning, kontaktperson/familj och avlösning, LSS</i>							
Nettokostnad	1 320	220	434	-214	1 320	0	100%

3 Ekonomisk analys

Förvaltningsövergripande verksamhet

De förvaltningsövergripande verksamheterna uppvisar en prognos i nivå med budget.

Individ- och familjeomsorg

Inom blocket ”Individ- och familjeomsorg” finns kostnader för placeringar, öppenvård, rådgivning, ekonomiskt bistånd och ensamkommande barn. Prognosen för blocket individ- och familjeomsorg är att nettokostnaden under året uppgår till 76,9 mnkr vilket ger ett underskott på -16,0 mnkr.

Kostnaden för myndighetsutövning inom blocket förväntas ge ett underskott på -1,7 mnkr vilket förklaras av höga kostnader för bemanningskonsulter.

Kostnaden för ekonomiskt bistånd ligger för de två första månaderna i nivå med månadsutfallet för 2017, och verksamhetens kostnader förväntas vara i balans med budget vid årets slut.

Insatsen boendestöd ges utifrån nya riktlinjer från oktober 2017, där bland annat målgruppen är utvidgad och både socialpsykiatri (IFO) och biståndsenheten (VoO) kan fatta beslut. Utifrån utvidgad målgrupp och förväntat ökat antal ärende har det skett en utökning av personal. Verksamheten fick förstärkning i budgeten till 2018 och förväntas, trots ökade kostnader, vara i balans.

Öppenvården inom barn och unga består av bland annat av råd och stöd och familjerätt. Öppenvården förväntas ge ett underskott för 2018, där kostnad, ej budgeterad, för behandling i samband med skolflytt ensamt står för underskottet.

Behovet av familjehem och HVB boenden för barn och unga har ökat och med utvecklingen följer ökade kostnader. Prognosen för 2018 ger ett underskott på -4 mnkr där underskottet fördelas lika mellan familjehem och HVB barn och unga.

Verksamheten ensamkommande barn beräknas leverera ett underskott på -10 mnkr. Prognosen för intäkterna visar i detta tidiga skede på -14,1 mnkr i jämförelse med budgeterade intäkter. Att intäkterna prognostiseras vara så pass mycket lägre än budgeterat beror på en turbulent situation kring åldersbedömningar, överflytt till Migrationsverket samt en osäkerhet kring vissa ersättningstyper i det nya ersättningssystemet.

Ett överskott på cirka 0,3 mnkr förväntas komma från HVB egen regi.

Dygnskostnaderna per placering i vår egen regi blir relativt höga pga. att budgeterat antal placerade barn är 42 (23 HVB och 19 stödboende), men i dagsläget är det endast 31 placeringar (18 HVB och 13 stödboende). Trots en stor omställning av verksamheten så ligger en relativt stor kostnad kvar under första kvartalet som en eftersläpning, framförallt på personalsidan. Kostnader för externa placeringar prognostiseras att ge ett överkott på 3,8 mnkr.

Äldreomsorg

Den totala nettokostnaden för äldreomsorg beräknas till 259,5 mnkr vilket jämfört med en budget på 234,1 mnkr resulterar i ett prognostiserat underskott på -25,4 mnkr. Inom detta block är ordinärt boende samt särskilt boende, äldre de största; och står för 29 procent respektive 52 procent av kostnaderna. Utöver dessa verksamheter ingår även dagverksamhet, trygghetslarm och färdtjänst.

Hemtjänsten beräknas ha en nettokostnad på 78,3 mnkr vilket är en kostnad på 10,4 mnkr över budgeterat. Detta kan jämföras med 2017 års budget och utfall på 62,4 mnkr respektive 71,3 mnkr.

Särskilt boende, äldre beräknas under 2018 ha kostnader på 133,1 mnkr jämfört med budgeterade 122,0 mnkr. Likt övriga verksamheter kan detta underskott framförallt förklaras av personalkostnader som överskrider budget men även av driftskostnader, för bland annat IT- och leasingkostnader. Här finns en framtagna handlingsplan som förväntas minska kostnaderna, detta genom bland annat mer effektivt personalschema som förväntas träda i kraft i maj.

Prognosen för insatser enligt HSL är ett underskott på -2,9 mnkr vilket likt tidigare kan förklaras av brist på sjuksköterskor vilket kräver dyra, inhyrda sådana.

Funktionshinder

Av de totala kostnaderna inom blocket "Funktionshinder" står boende och daglig verksamhet för vuxna för cirka 72 procent. Övriga delar omfattar korttids- och elevhemsboende för barn, personlig assistans samt ledsagning, kontaktperson/familj och avlösning.

2017 redovisade "Funktionshinder" ett underskott på -2,4 mnkr. Budgeten för 2018 har ökat med 20 procent och kostnaderna beräknas öka med 16 procent jämfört med 2017. Ökningen beror till stor del på att daglig verksamhet LOV under 2017 togs över från kommunstyrelsen. Prognosen för detta block ger nettokostnader på 79,4 mnkr, vilket skulle innebära ett överskott på 0,2 mnkr.

Verksamheten bostad med särskild service vuxna, LSS beräknas ge ett mindre underskott på -0,2 mnkr. I detta ingår även kostnader för nya servicebostäder på Repslagaregatan. Kostnader för externa boendeplaceringar (SoL) förväntas uppgå till 6,3 mnkr och innebär ett överskott på 1,4 mnkr.

Daglig verksamhet beräknas generera en nettokostnad på 16,9 mnkr, jämfört med budgeterade 15,6 mnkr.

Personlig assistans förväntas ge ett överskott på 0,3 mnkr vilket kan förklaras av en effektiv planering av insatser.

Socialnämnden

Uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS som tillhandahålls av Samarbetets Ekonomiska förening i Östhammar

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden godkänner 2017 års uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS som tillhandahålls av Samarbetets Ekonomiska förening i Östhammar.

Socialförvaltningen får i uppdrag att genom dialog med Samarbetet skapa förutsättningar för ökad tydlighet i genomförandeplaners målformuleringar.

Ärendet

Östhammars kommun tillämpar lagen om valfrihet, inom daglig verksamhet enligt LSS sedan 2010. Den dagliga verksamheten syftar till att ge sysselsättning med arbetsförberedande inriktning till funktionsnedsatta personer som är i yrkesverksam ålder, saknar meningsfull sysselsättning och inte utbildar sig.

Enligt beslut i Kommunfullmäktige är handläggning och ekonomi för daglig verksamhet fr.o.m. 2017-02-21 överfört från kommunstyrelsen till socialnämndens ansvarsområde.

En konsekvens av beslutet är att socialnämnden ansvarar för årlig uppföljning av befintliga utförares verksamhet.

I nuläget (februari 2018) utgörs utförarna av Samarbetets ekonomiska förening i Östhammar, Aktivt stöd Uppland AB samt daglig verksamhet i egen regi som lyder under kommunstyrelsens reglemente.

Föreliggande uppföljning av daglig verksamhet som tillhandahålls av Samarbetets Ekonomiska förening i Östhammar, är gjord utifrån ett antal kontrollpunkter som utgår från förfrågningsunderlagets fastställda krav (Bilaga B). Uppföljningen har kompletterats med kontroll av synpunkter och avvikelser, fakturakontroll genom stickprov och skatteprevention.

Ledningssystem med tillhörande rutiner har kontrollerats och biståndsenheten har med utgångspunkt från sin ärendehandläggning bedömt om utföraren

uppfyller förfrågningsunderlagets krav.

Handlingar i ärendet

- Bilaga A. Rapport angående 2017 års uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS - Samarbetets Ekonomiska förening i Östhammar
- Bilaga B. Kontrollpunkter utifrån förfrågningsunderlagets krav
- Bilaga C. Enkät brukarundersökning daglig verksamhet

Beslutet skickas till

Tobias Wistrand, utredare

Andreas Järvenpää, verksamhetscontroller

Rapport angående 2017 års uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS - Samarbetets Ekonomiska förening i Östhammar

Bakgrund

Ekonomiska föreningen Samarbetet är utförare enligt LOV av daglig verksamhet enligt LSS till brukare inom Östhammars kommun, sedan 2010. Utföraren har för närvarande 6 brukare och ett kapacitetstak på 10 brukare.

Dåvarande tillståndsmyndighet Länsstyrelsen, beviljade 2009-12-10 Samarbetet tillstånd att bedriva daglig verksamhet enligt LSS med maximalt 10 brukare. Samarbetet har därefter anmält ändring av föreståndare, vilket godkänts av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som därmed 2017-10-23 utfärdade ett reviderat tillståndsbevis.

Samarbetets nuvarande föreståndare har år 2011 genomgått yrkesutbildningen hunddagisföreståndare, omfattande 290 timmar. Hon har även under ett flertal år arbetat som arbetshandledare inom kommunal daglig verksamhet enligt LSS.

Därutöver utgörs bemanningen av två personal som arbetar på deltid. En av dem har en gymnasieexamen med inriktning barn och fritid och erfarenhet av arbete som elevassistent. Den andre har en gymnasieexamen med datainriktning och erfarenhet av arbete som elevassistent och brandman.

Samarbetets lokaler finns i Östhammar. Verksamheten rymmer hunddagis, loppis, vedhantering och gräsklippning.

Samarbetet beskriver sig som en utförare vars mål är att skapa en trygg arbetsplats med riktiga arbetsuppgifter.

Metod

Uppföljningen är gjord utifrån ett antal kontrollpunkter som utgår från förfrågningsunderlagets fastställda krav (bilaga B). Den har kompletterats med kontroll av synpunkter och avvikelser, fakturakontroll genom stickprov och skatteprevention.

Ledningssystem med tillhörande rutiner har inhämtats och biståndsenheten har med utgångspunkt från sin ärendehandläggning bedömt om utföraren uppfyller förfrågningsunderlagets krav på tjänsten.

Uppföljningsresultat

Synpunkter

Någon synpunkt rörande verksamheten har inte inkommit till socialnämnden eller Samarbetet under 2017.

Samarbetet anger att genom dagliga möten med brukarna, söker utföraren kontinuerligt stämna av med dem för att förvissa sig om att de trivs och mår bra.

Lex Sarah/Avvikelser

Under 2017 har ingen anmälan om Lex Sarah registrerats och inga skadeincidenter.

Fakturakontroll

Allmänna förutsättningar

Daglig verksamhet tillhandahålls inom systemet för eget val utifrån sju behovsnivåer. Biståndshandläggaren fastställer brukarens aktuella behovsnivå. Samarbetet är godkänt av kommunen som utförare inom behovsnivå 1-4. Utförare erhåller inte ersättning per utförda timmar. Istället avgörs ersättningen av antal brukare inom de olika behovsnivåerna.

Resultat

I det fakturaunderlag som inkommer till kommunen anger utförarna aktuella ersättningsnivåer för respektive brukare. En stickprovskontroll har genomförts i form av granskning av september månads faktura. Kontrollen visar att Samarbetet för samtliga brukare har angett ersättningsnivåer som överensstämmer med aktuell behovsnivå.

Skatteprevention

Skatteprevention har utförts under året. Leverantören har betalat skatt och sociala avgifter till Skatteverket.

Brukarundersökning

Allmänna förutsättningar

Samarbetets brukare har getts möjlighet att svara på en enkät (Bilaga C). Syftet är att utröna hur brukarna upplever kvaliteten i verksamheten. Enkätfrågorna tillhandahålls kommunen av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). I vägledningen för genomförandet av brukarundersökningen poängteras att resultat som bygger på färre än fem svar, varken ska redovisas externt eller internt eftersom det kan riskera att röja enskilda personers identitet.

Resultat

Eftersom färre än fem av Samarbetets brukare har besvarat enkäten, är det inte möjligt att redovisa resultatet.

Kommentarer kring övriga kontrollpunkter

Nedan redogörs de kontrollpunkter där uppföljningen föranlett kommentarer och/eller där förbättringsområden bedöms föreligga hos utföraren.

Ledningssystem

Allmänna förutsättningar

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

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

Krav på ledningssystemets innehåll anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska beskriva och fastställa de aktiviteter och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra dess kvalitet. Ledningssystemet ska bl.a. omfatta beskrivning av hur utföraren ska hantera:

- Riskanalys vad gäller händelser som skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.
- Egenkontroll i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.
- Utredning av avvikelser.

Granskningsresultat

Länsstyrelsen har inte kontrollerat utförarens ledningssystem i samband med tillståndsbeslutet som delgavs år 2009, utan enbart konstaterat att utföraren ska ha och även bedöms ha förutsättningar att följa de anvisningar som Socialstyrelsen anger, samt att den myndighet som utfärdar tillståndet och den ansvariga nämnden i den kommun där verksamheten är belägen, har tillsyn över verksamheten och får inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen.

Inspektionen för vård och omsorg omnämner inte utförarens ledningssystem i sitt beslut år 2017 att bevilja Samarbetet ett reviderat tillståndsbevis.

Samarbetet har i samband med uppföljningen redogjort för en kris- och beredskapsplan för hantering av akuta händelser som skulle kunna inträffa i verksamheten. Utföraren bedöms ha en väl utarbetad strategi för att snabbt kunna hantera sådana händelser. Samarbetet redogör i ett separat dokument även övergripande för kvalitetsmål i verksamheten samt hur dessa ska nås och följas upp.

De två dokument som beskriver Samarbetets ledningssystem utgör ett grundläggande stöd i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete. För att i större utsträckning överensstämma med de krav som anges i SOSFS 2011:9, skulle ledningssystemet kunna utvecklas. Bl.a. saknas beskrivning av rutiner för utredning av avvikelser och rutinerna för egenkontroll skulle med fördel kunna utvecklas. Samarbetet beskriver brukarenkäter som den huvudsakliga metoden att kontrollera verksamhetens kvalitet. Detta är en viktig metod, men Socialstyrelsen ger därutöver ytterligare exempel på hur egenkontroll kan gå till. Hit hör exempelvis granskning av dokumentation samt av personalens förhållningssätt. Påpekandena ska på inget vis tolkas som kritik av nuvarande bemanning.

Genomförandeplaner

Allmänna förutsättningar

Enligt de krav som socialnämnden anger i förfrågningsunderlaget ska utföraren inom 30 dagar från det att verkställigheten inletts ha upprättat en genomförandeplan. Upprättandet ska ske i verksamhetssystemet Combine. Av genomförandeplanen ska den beviljade insatsen framgå, målet med insatsen, hur och när insatsen ska utföras samt när genomförandeplanen ska följas upp. Kraven avseende genomförandeplanens innehåll tar sin utgångspunkt i vad Socialstyrelsen anger om dokumentation hos utförare enligt LSS (SOSFS 2014:5 s.21-22). I Combine har utförarna åtkomst till ifyllningsbara formulär som används vid upprättandet av genomförandeplaner. Utförarna har getts möjlighet att delta i utbildning där arbetssättet har instruerats.

Utförarens förutsättningar att utarbeta ändamålsenliga genomförandeplaner styrs till stor del av i vilken utsträckning biståndandläggaren lyckats formulera konkreta och uppföljningsbara mål i insatsbeställningen. Dessa ska klart och tydligt ange vad som är önskvärt att uppnå med den insats som har beviljats den enskilde. Socialstyrelsen pekar på fördelen med mål som går att kvantifiera och mäta, d.v.s. mål som konkret anger i vilken grad någonting ska uppnås i den enskildes livssituation.

Resultat

Under merparten av år 2017 har det saknats genomförandeplaner för samtliga av Samarbetets brukare.

Den avsaknad av genomförandeplaner som funnits behöver inte nödvändigtvis innebära att insatser inom daglig verksamhet inte har verkställts på lämpligt vis hos utföraren. Samarbetet har upprättat vad de benämner *personliga planer* som innehåller uppgifter om den enskilde brukaren såsom intressen, tidigare arbeten och önskemål om arbetsuppgifter. Därutöver har Samarbetet upprättat vad de kallar *arbetsplaner* där brukarens arbetsuppgifter och schema anges.

Det får betraktas som en brist att Samarbetet under en längre tid inte har upprättat genomförandeplaner enligt de krav som socialnämnden anger. Kraven är formulerade för att säkra att insatser planeras och utförs i enlighet med insatsens mål, samt för att underlätta för biståndshandläggaren att följa upp att så sker.

En positiv utveckling har kunnat konstateras mot slutet av 2017 och i nuläget har Samarbetet upprättat genomförandeplaner för samtliga brukare. Särskilt positivt är att detta har gjorts i Combine. Detta innebär en omedelbar och säker åtkomst för biståndshandläggaren, samt att utföraren i upprättandet av planen har haft möjlighet att följa instruktionerna i Combine avseende planens innehåll.

Samtidigt som det är positivt att Samarbetet har upprättat genomförandeplaner, kan en tydlig utvecklingspotential konstateras vad gäller planernas innehåll. Genomförandeplanerna anger vilken den beviljade insatsen är samt det mål som anges i insatsbeställningen. Därutöver anges i en kort beskrivning hur och när insatsen ska verkställas. Genom att definiera mål vad gäller brukarens utveckling inom olika aktiviteter i den dagliga verksamheten, skulle utföraren kunna skapa bättre förutsättningar för uppföljning av i vilken grad aktiviteterna bidrar till att den målsättning som framgår i insatsbeställningen nås. I planerna ska utföraren ange när uppföljning av genomförandeplanen ska ske, vilket inte framgår i nuläget.

Som beskrivits ovan förutsätter framtagande av genomförandeplaner som möjliggör en effektiv ärendeuppföljning, ett konstruktivt samspel mellan biståndsenheten och utföraren. Tydlighet från biståndsenheten avseende

insatsers mål är en viktig förutsättning för att utföraren ska kunna upprätta ändamålsenliga genomförandeplaner. Efter en granskning av de insatsbeställningar som gjorts till Samarbetet kan konstateras att de mål som biståndsenheten anger i flera fall är relativt väl konkretiserade. Det finns dock även insatsbeställningar där målbeskrivningen med fördel hade kunnat preciseras bättre. Hit hör exempelvis målet ” att ha en sysselsättning ” vilket snarare får betraktas som en beskrivning av själva insatsen än av den förändring i den enskildes livssituation som insatsen ska leda till. Till ytterligare exempel på lite väl vaga formuleringar hör mål som ”meningsfull sysselsättning”, utan närmare beskrivning av vad som behöver uppfyllas för att sysselsättningen ska betraktas som meningsfull.

Hjälp till anställning på reguljär arbetsmarknad

Allmänna förutsättningar

I förfrågningsunderlaget framgår att utföraren ska se till att praktikplatser tillhandahålls inom reguljär arbetsmarknad för målgruppen samt verka för att brukare erhåller anställning inom reguljär arbetsmarknad.

Resultat

Samarbetet har i uppföljningssamtal angett att de har goda kontakter med ett stor antal företagare i Östhammar och därmed inga svårigheter att ordna praktikplatser. Däremot har inga av utförarens brukare nått någon varaktig anställning på den reguljära arbetsmarknaden.

Kommentar:

Daglig verksamhet ska vara individuellt utformad och utgå från den enskildes förutsättningar och behov. Det är betydelsefullt att verksamheten där så är möjligt innehåller inslag som kan öka den enskildes möjlighet till framtida deltagande på reguljär arbetsmarknad.

För den målgrupp som har insats inom daglig verksamhet är det i många fall svårt att leva upp till de krav som ställs på arbetsmarknaden. Att Samarbetets brukare inte erhållit någon sådan anställning, behöver därmed inte betyda att Samarbetet har brustit i sina ansträngningar. Praktik är ett positivt inslag som kan öka den enskildes känsla av delaktighet i samhället, även i de fall där en varaktig anställning bedöms orealistisk.

Samarbetet bedöms göra ambitiösa ansträngningar vad gäller att ordna praktik åt brukarna. Förhoppningen är att Samarbetet ser kopplingen till arbetsmarknaden som ett ständigt utvecklingsområde. I bedömningen bör betonas att även om Samarbetet inte har lyckats hjälpa dem dit, så är det värdefullt att brukare hjälpts till praktikplatser.

Sammanfattning och allmän bedömning

Biståndsenheten har inte erfårit någonting som tyder på att verksamheten inte skulle vara välfungerande. De brukare som biståndsenheten har varit i kontakt med har angett att de trivs med den dagliga verksamheten. Inga signaler från god man eller anhörig har inkommit som tyder på några brister i utförandet. Engagemanget och omsorgen om brukarna bedöms vara stort och intrycket är att det föreligger en positiv gemenskap.

En förbättringspotential föreligger när det gäller utförarens genomförandeplaner. Planernas utformning är avgörande för biståndshandläggarens möjlighet att följa upp att insatser genomförs i enlighet med dess mål. En viktig förutsättning för att utföraren ska kunna utforma ändamålsenliga genomförandeplaner är att biståndshandläggaren i sin tur är tydlig i insatsbeställningen vad gäller insatsens mål.

Granskningen av ledningssystemet visar att det med fördel kan utvecklas för att utgöra ett än mer ändamålsenligt stöd i utförarens kvalitetssäkringsarbete.

Vad gäller utförarens ansträngningar att verka för att brukarna anställs inom reguljär arbetsmarknad, kan konstateras att inga brukare har erhållit några varaktiga anställningar. För den målgrupp som har insats inom daglig verksamhet är det i många fall svårt att leva upp till de krav som ställs på arbetsmarknaden och även om Samarbetet inte har lyckats hjälpa dem dit, så är det värdefullt att brukare hjälpts till praktikplatser.

Bedömningen är att Samarbetet i hög grad lever upp till de krav som anges i förfrågningsunderlaget, men att förbättringsområden föreligger.

Bilaga

Bilaga B. Kontrollpunkter utifrån förfrågningsunderlagets krav
Bilaga C. Enkät brukarundersökning daglig verksamhet

Kontrollpunkter utifrån förfrågningsunderlagets krav

- Utföraren ska, inom ramen för angivet kapacitetstak, ta emot nya uppdrag och har ingen möjlighet att tacka nej till sådana.
- Utföraren ska snarast eller senast inom ett dygn bekräfta att beställningen mottagits. Utföraren ska kunna påbörja insatsen inom tre månader från beställning, förutsatt att utförarens kapacitetstak inte är uppnått.
- Utföraren ska inom 30 dagar från det att verkställigheten inletts ha upprättat en genomförandeplan. Av genomförandeplanen ska den beviljade insatsen framgå, målet med insatsen, hur och när insatsen ska utföras samt när genomförandeplanen ska följas upp
- Utförarens tillhandahållande av beviljad insats ska vara i enlighet med den behovsnivå som biståndshandläggaren beslutat för den enskilde.
- Om brukarens behov av personalstöd ökar eller minskar i sådan omfattning att behovsnivån behöver omprövas ska utföraren kontakta ansvarig biståndshandläggare. En sådan omprövning förutsätter att det rör sig om ett förändrat behov som överstiger tre månader.
- Vid sammanhållen frånvaro som överstiger 5 dagar samt vid sammanlagd frånvaro under en månad som överstiger 10 dagar, ska utföraren omedelbart meddela biståndshandläggaren.
- När insatsen upphör ska utföraren inom en månad från uppdragets upphörande lämna akten till nämnden för arkivering.
- Den dagliga verksamheten ska ha som syfte att bidra till den enskildes personliga utveckling och delaktighet i samhället.
- Verksamheten ska grundas på respekt för den enskildes integritet och självbestämmande. Insatsen ska vara individuellt utformad samt erbjuda stimulans, utveckling och gemenskap utifrån den enskildes förutsättningar och behov
- Utföraren ska se till att praktikplatser tillhandahålls inom reguljär arbetsmarknad för målgruppen samt verka för att brukare erhåller anställning inom reguljär arbetsmarknad.
- Utföraren ska i verksamheten arbeta för att uppnå värdegrunden (se 4.2 i förfrågningsunderlaget).
- Utföraren ska göra en riskanalys med påföljande handlingsprogram för verksamheten så att säkerhet erhålls för brukarna.
- Utföraren ska ha bemanning i den omfattning och med den kompetens som krävs för att brukarna ska tillförsäkras biståndsbedömda insatser och uppdraget ska kunna utföras enligt samtliga i förfrågningsunderlaget angivna krav.
- Utföraren ska tillse att all personal undertecknar en förbindelse om sekretess och tystnadsplikt i enlighet med gällande lagstiftning och att förbindelsen efterlevs. Förbindelserna ska förvaras hos utföraren.
- För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska utföraren i

enlighet med de krav som IVO anger, ha ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9. Ledningssystemet ska vara anpassat till utförarens verksamhet.

Får du bestämma om saker som är viktiga för dig på din dagliga verksamhet?

Får du den hjälp du vill ha på din dagliga verksamhet?



Ja



Ibland



Nej



Är det du gör på din dagliga verksamhet viktigt för dig?



Ja



Ibland

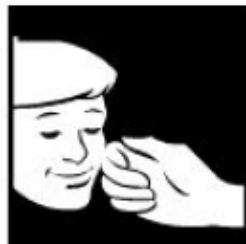


Nej



Enkät brukarundersökning daglig verksamhet

Bryr sig personalen på din dagliga verksamhet om dig?



Ja



Ibland



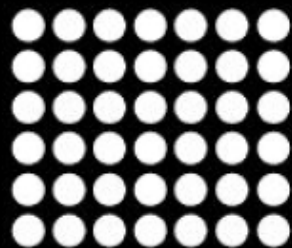
Nej



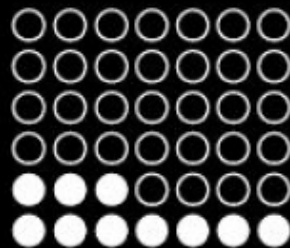
Pratar personalen på din dagliga verksamhet med dig så att du förstår vad de menar?



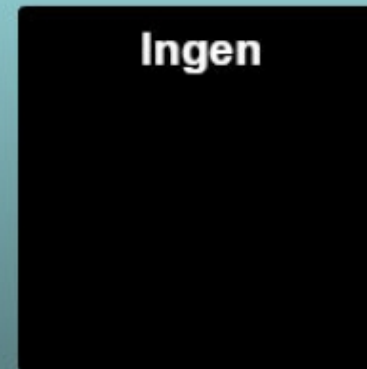
Alla



Några



Ingen



Bilaga C

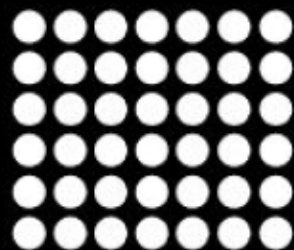
Enkät brukarundersökning daglig verksamhet



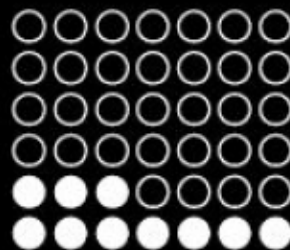
Känner du dig trygg med personalen på din dagliga verksamhet?



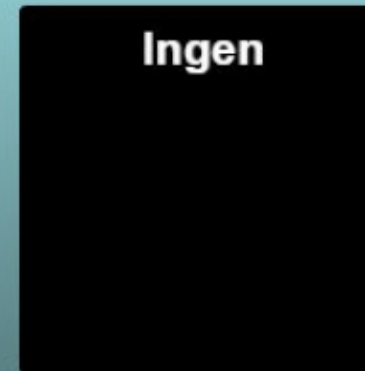
Alla



Några



Ingen



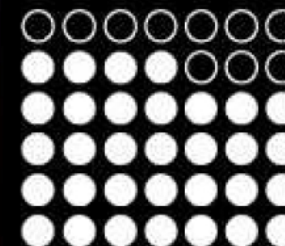
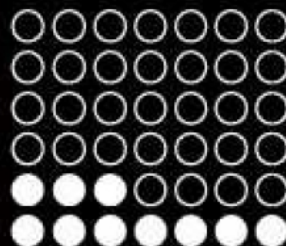
Är du rädd för något på din dagliga verksamhet?



Aldrig

Ibland

Ofta



Vet du vem du ska prata med om något är dåligt på din dagliga verksamhet?



Ja



Nej



Trivs du på din dagliga verksamhet?



Ja



Ibland



Nej



Är du kvinna eller man?



Kvinna



Man



Annat



Tack för att du svarade på frågorna!

Socialnämnden

Uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS som tillhandahålls av Aktivt stöd Uppland AB

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden godkänner 2017 års uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS som tillhandahålls av Aktivt stöd Uppland AB.

Socialförvaltningen får i uppdrag att i dialog med Aktivt stöd Uppland AB säkerställa att genomförandeplaner upprättas i verksamhetssystemet Combine i enlighet med socialnämndens krav.

Ärendet

Östhammars kommun tillämpar lagen om valfrihet, inom daglig verksamhet enligt LSS sedan 2010. Den dagliga verksamheten syftar till att ge sysselsättning med arbetsförberedande inriktning till funktionsnedsatta personer som är i yrkesverksam ålder, saknar meningsfull sysselsättning och inte utbildar sig.

Enligt beslut i Kommunfullmäktige är handläggning och ekonomi för daglig verksamhet fr.o.m. 2017-02-21 överfört från kommunstyrelsen till socialnämndens ansvarsområde.

En konsekvens av beslutet är att socialnämnden ansvarar för årlig uppföljning av befintliga utförares verksamhet.

I nuläget (februari 2018) utgörs utförarna av Samarbetets ekonomiska förening i Östhammar, Aktivt stöd Uppland AB samt daglig verksamhet i egen regi som lyder under kommunstyrelsens reglemente.

Föreliggande uppföljning av daglig verksamhet som tillhandahålls av Aktivt stöd Uppland AB är gjord utifrån ett antal kontrollpunkter som utgår från förfrågningsunderlagets fastställda krav (Bilaga B). Uppföljningen har kompletterats med kontroll av synpunkter och avvikelser, fakturakontroll genom stickprov och skatteprevention.

Biståndsenheten har med utgångspunkt från sin ärendehandläggning bedömt om utföraren uppfyller förfrågningsunderlagets krav.

Handlingar i ärendet

Bilaga A. Rapport angående 2017 års uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS -Aktivt stöd Uppland AB

Bilaga B. Kontrollpunkter utifrån förfrågningsunderlagets krav

Bilaga C. Enkät brukarundersökning daglig verksamhet

Beslutet skickas till

Tobias Wistrand, utredare

Andreas Järvenpää, verksamhetscontroller

Rapport angående 2017 års uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS - Aktivt stöd Uppland AB

Bakgrund

Aktivt stöd AB är utförare enligt LOV av daglig verksamhet enligt LSS till brukare inom Östhammars kommun, sedan augusti 2010. Utföraren har för närvarande 8 brukare och ett kapacitetstak på 10 brukare.

Inspektionen för vård och omsorg utfärdade 2015-05-20 tillståndsbevis till Aktivt stöd att bedriva daglig verksamhet enligt LSS med maximalt 10 brukare.

Aktivt stöds föreståndare har en socionomexamen från 1988 och erfarenhet som socialsekreterare samt som terapeut åt familjer med barn som har anti-socialt beteende. Föreståndaren har hittills endast arbetat på halvtid, vilket IVO i samband med tillståndsbeslutet bedömde vara tillräckligt. Utföraren har meddelat att föreståndaren har utökad tjänstgöringsgrad fr.o.m. 2018-01-01.

Därutöver har Aktivt stöd två handledare som är anställda på deltid. Den ene av dem är anställd på ca 90 procent. Hon är huvudansvarig handledare och har efter samhällsvetenskaplig gymnasieexamen bl.a. genomgått 1-årig omvårdnadsutbildning och har lång erfarenhet av arbete på LSS-boende. Därutöver har hon arbetat som ledsagare och kontaktperson för personer med insats enligt LSS. Den andre handledaren är anställd på 50 procent. Hon har efter gymnasieexamen från barn- och fritidsprogrammet bl.a. erfarenhet av arbete på boende för personer med missbruk och psykisk sjukdom samt som kontaktperson åt personer med insats enligt LSS.

Aktivt stöds lokaler finns i Gimo. Verksamheten rymmer sysselsättning inom tryckeri, växt- och grönsaksodling, snickeri, musikverksamhet samt externa företagsplaceringar.

Aktivt stöd beskriver sig som en utförare var arbets sätt utgår från varje människas behov att finnas i ett fungerande sammanhang.

Metod

Uppföljningen är gjord utifrån ett antal kontrollpunkter som utgår från förfrågningsunderlagets fastställda krav (Bilaga B). Den har kompletterats med kontroll av synpunkter och avvikelser, fakturakontroll genom stickprov och skatteprevention. Biståndsenheten har med utgångspunkt från sin ärendehandläggning bedömt om utföraren uppfyller förfrågningsunderlagets

krav på tjänsten.

Avseende ledningssystem och tillhörande rutiner har utredaren inte närmare studerat dokumenten avseende Aktivt stöd. Anledningen är att Inspektionen för vård och omsorg gjorde en utförlig granskning av ledningssystemet i samband med tillståndsgivandet, utan att framföra några invändningar mot dess innehåll.

Uppföljningsresultat

Synpunkter

Någon synpunkt rörande verksamheten har inte inkommit till socialnämnden eller Aktivt stöd under 2017. Utföraren avser under 2018 använda sig av en enkät i syfte att mer aktivt inhämta synpunkter.

Lex Sarah/Avvikelser

Under 2017 har ingen anmälan om Lex Sarah registrerats och inga skadeincidenter.

Fakturakontroll

Allmänna förutsättningar

Daglig verksamhet tillhandahålls inom systemet för eget val utifrån sju behovsnivåer. Biståndshandläggaren fastställer brukarens aktuella behovsnivå. Aktivt stöd är godkänt av kommunen som utförare inom behovsnivå 1-4. Utförare erhåller inte ersättning per utförda timmar. Istället avgörs ersättningen av antal brukare inom de olika behovsnivåerna. I det fakturaunderlag som inkommer till kommunen anger utförarna aktuella ersättningsnivåer för respektive brukare.

Resultat

En stickprovskontroll har genomförts i form av granskning av september månads faktura. Kontrollen visar att Aktivt stöd för samtliga brukare har angett ersättningsnivåer som överensstämmer med aktuell behovsnivå.

Skatteprevention

Skatteprevention har utförts under året. Leverantören har betalat skatt och sociala avgifter till Skatteverket.

Brukarundersökning

Allmänna förutsättningar

Aktivt stöds brukare har getts möjlighet att svara på en enkät (Bilaga C). Syftet är att utröna hur brukarna upplever kvaliteten i verksamheten. Enkätfrågorna tillhandahålls kommunen av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). I vägledningen för genomförandet av brukarundersökningen poängteras att resultat som bygger på färre än fem svar, varken ska redovisas externt eller internt eftersom det kan riskera att röja enskilda personers identitet.

Resultat

Eftersom färre än fem av Aktivt stöds brukare har besvarat enkäten, är det inte möjligt att redovisa resultatet.

Kommentarer kring övriga kontrollpunkter

Nedan redogörs de kontrollpunkter där uppföljningen föranlett kommentarer och/eller där förbättringsområden bedöms föreligga hos utföraren.

Arkivering av akt vid upphörande av uppdrag

I förfrågningsunderlaget anges att när en insats upphör ska utföraren inom en månad från uppdragets upphörande lämna akten till nämnden för arkivering. Under 2017 skedde tre avslut, men akterna inkom först efter påpekande i samband med uppföljningssamtal. Aktivt stöd har meddelat att en översyn gjorts av rutinerna vid insatsers upphörande, i syfte att säkerställa att akter framöver inlämnas i tid vid avslut.

Genomförandeplaner

Allmänna förutsättningar

Enligt de krav som socialnämnden anger i förfrågningsunderlaget ska utföraren inom 30 dagar från det att verkställigheten inletts ha upprättat en genomförandeplan. Upprättandet ska ske i verksamhetssystemet Combine. Av genomförandeplanen ska den beviljade insatsen framgå, målet med insatsen, hur och när insatsen ska utföras samt när genomförandeplanen ska följas upp. Kraven avseende genomförandeplanens innehåll tar sin utgångspunkt i vad Socialstyrelsen anger om dokumentation hos utförare enligt LSS (SOSFS 2014:5 s.21-22). I verksamhetssystemet Combine har utförarna åtkomst till

ifyllningsbara formulär som används vid upprättandet av genomförandeplaner. Utförarna har getts möjlighet att delta i utbildning där arbetssättet har instruerats.

Utförarens förutsättningar att utarbeta ändamålsenliga genomförandeplaner styrs till stor del av i vilken utsträckning biståndandläggaren lyckats formulera konkreta och uppföljningsbara mål i insatsbeställningen. Dessa ska klart och tydligt ange vad som är önskvärt att uppnå med den insats som har beviljats den enskilde. Socialstyrelsen pekar på fördelen med mål som går att kvantifiera och mäta, d.v.s. mål som konkret anger i vilken grad någonting ska uppnås i den enskildes livssituation.

Resultat

Under större delen av år 2017 fanns endast genomförandeplan för en av Aktivt stöds aktuella brukare, bland de handlingar som utföraren inkommit med till biståndsenheten.

Mot slutet av 2017 och början av innevarande år har Aktivt stöd upprättat genomförandeplaner för ytterligare 3 brukare, vilket skett i Combine. För drygt hälften av de aktuella brukarna har utföraren dock fortfarande inte upprättat några genomförandeplaner.

Avseende de genomförandeplaner som har upprättats i Combine, kan en förbättringspotential noteras. Utföraren gör en god beskrivning i planerna av de aktiviteter som ska genomföras för att målet i insatsbeställningen ska nås. I en av planerna definieras även mål avseende brukarens utveckling inom de olika aktiviteterna. Genom att i samtliga genomförandeplaner ange sådana mål, skulle utföraren ge biståndshandläggaren bättre förutsättningar att följa upp i vilken grad aktiviteterna bidrar till att den målsättning som framgår i insatsbeställningen nås. I planerna ska utföraren även ange när uppföljning av genomförandeplanen ska ske, vilket endast framgår i en av de upprättade planerna.

Att utföraren för ett flertal brukare inte har inkommit med genomförandeplaner till biståndshandläggaren på så vis som anges i förfrågningsunderlaget, behöver inte nödvändigtvis innebära att insatser inte har verkställts på lämpligt vis. Genomförandeplaner har dock en viktig roll att fylla vad gäller att säkerställa att brukarens aktiviteter i den dagliga verksamheten är relevanta för insatsens mål. De är också betydelsefulla i biståndshandläggarens ärendeuppföljning. Utföraren har uppmanats att upprätta genomförandeplaner enligt de krav som socialnämnden anger, för samtliga brukare. Om socialförvaltningen finner det nödvändigt, kan ett särskilt uppföljningsmöte komma att genomföras med utföraren, för att säkerställa att avsaknaden av genomförandeplaner åtgärdas.

Utförarens förutsättningar att upprätta ändamålsenliga genomförandeplaner, styrs till stor del av hur tydligt biståndsenhetens preciserar målet i

insatsbeställningen. De insatsbeställningar till Aktivt stöd som har granskats är överlag relativt konkreta i sin målformulering. Visst förbättringsbehov finns dock. Exempelvis får målet ” att ha en sysselsättning på dagarna” betraktas som en aning vagt. En sådan målbeskrivning ger ingen närmare vägledning till utföraren om vilken förändring i brukarens livssituation som den angivna sysselsättningen ska leda till.

Hjälp till anställning på reguljär arbetsmarknad

Allmänna förutsättningar

I förfrågningsunderlaget framgår att utföraren ska se till att praktikplatser tillhandahålls inom reguljär arbetsmarknad för målgruppen samt verka för att brukare erhåller anställning inom reguljär arbetsmarknad.

Resultat

En av Aktivt stöds brukare har haft praktik på ett företag i Östhammars kommun. Aktivt stöd för enligt egna uppgifter samtal med ytterligare ett företag i syfte att ordna praktikplats. I uppföljningssamtal har Aktivt stöd angett svårigheter för brukarna att leva upp till de krav som ställs på arbetsmarknaden.

Kommentar:

Daglig verksamhet ska vara individuellt utformad och utgå från den enskildes förutsättningar och behov. Det är betydelsefullt att verksamheten där så är möjligt innehåller inslag som kan öka den enskildes möjlighet till framtida deltagande på reguljär arbetsmarknad.

För den målgrupp som har insats inom daglig verksamhet är det i många fall svårt att leva upp till de krav som ställs på arbetsmarknaden. Att Aktivt stöds brukare inte erhållit någon sådan anställning, behöver därmed inte betyda att utföraren har brustit i sina ansträngningar. Avseende praktik är detta ett positivt inslag som kan öka den enskildes känsla av delaktighet i samhället, även i de fall där en varaktig anställning bedöms orealistisk.

Förhoppningen är att Aktivt stöd ser kopplingen till arbetsmarknaden som ett ständigt utvecklingsområde och att ansträngningarna att ordna praktikplatser åt brukarna fortsätter.

Brukares närvaro

I förfrågningsunderlaget finns inga preciserade krav avseende brukares grad av närvaro i den dagliga verksamheten. Detta eftersom en hög frånvaro inte sällan är kännetecknande för personer inom den målgrupp som den dagliga

verksamheten riktar sig mot. Inom Aktivt stöd har en förhållandevis omfattande frånvaro noterats bland flera brukare under 2017. Av denna anledning har frågan om närvaro lyfts med Aktivt stöd eftersom utföraren bedöms ha en viktig roll att spela när det gäller att motivera brukarna till deltagande i verksamheten. De två brukare som under 2017 hade högst frånvaro hos Aktivt stöd, har i nuläget daglig verksamhet hos annan utförare. Aktivt stöd har meddelat att utföraren nu är mer aktiv än tidigare vad gäller att kontakta frånvarande brukare och förmå dem att delta i verksamheten.

Personalstöd

Biståndsenheten har under 2017 erfarit att brukare i en del fall har varit i behov av mer omfattande personalstöd än vad Aktivt stöd har kunnat tillhandahålla. Frågan har stämts av med Aktivt stöd. Utföraren har framfört att föreståndarens ökade tjänstgöringsgrad fr.o.m. 2018-01-01 ger förbättrade förutsättningar att möta brukares behov av personalstöd.

Sammanfattning och allmän bedömning

Biståndsenhetens bedömning är att utföraren har en bra inställning till brukarna och en tydlig ambition att individanpassa verksamheten. Efter en tid med sviktande brukarnärvaro har utföraren under 2017 lyckats väl med att motivera brukare att delta i den dagliga verksamheten. Personalens förståelse för brukarnas behov bedöms vara god, vilket till viss del kan förklaras med att några av brukarna även möter dem vid verkställande av hemtjänstinsatser. Detta eftersom Aktivt stöd även är utförare inom hemtjänst i kommunen. Biståndsenheten har erfarit att brukare hos Aktivt stöd i hög utsträckning trivs med verksamheten. Trivsel är ett viktigt mått på verksamhetens kvalitet.

Genomförandeplaner saknas för ett flertal av Aktivt stöds brukare. Utföraren har uppmanats att åtgärda avsaknaden och ett uppföljningsmöte mellan socialförvaltningen och utföraren kan komma att genomföras för att säkerställa att så sker. De genomförandeplaner som har upprättats vittnar om behov av ökad tydlighet vad gäller att ange mål för brukarens utveckling inom olika aktiviteter i den dagliga verksamheten. Planernas utformning är avgörande för biståndshandläggarens möjlighet att följa upp att insatser genomförs i enlighet med dess mål. En viktig förutsättning för att utföraren ska kunna utforma ändamålsenliga genomförandeplaner är att biståndshandläggaren i sin tur är tydlig i insatsbeställningen vad gäller insatsers mål.

Verksamheten är förhållandevis ny och biståndsenhetens intryck är att den till viss del fortfarande är i ett utvecklingsskede. Enhetens bedömning är att brukare i vissa fall inte erbjudits fullt så stimulerande insatser som varit lämpligt, och att de därmed har haft lite svårt att hitta sin roll i verksamheten. I andra fall har insatserna dock varit väl anpassade för den enskilde.

När det gäller utförarens ansträngningar att hjälpa brukare att få kontakt med ordinarie arbetsmarknad är förhoppningen att ansträngningarna ska fortsätta.

Bedömningen är att utföraren trots förbättringsområden, i hög grad förmår tillhandahålla daglig verksamhet enligt brukarnas behov. Avsaknaden av genomförandeplaner är samtidigt ett tydligt avsteg från vad som anges i förfrågningsunderlagets krav.

Bilaga

Bilaga B. Kontrollpunkter utifrån förfrågningsunderlagets krav
Bilaga C. Enkät brukarundersökning daglig verksamhet

Kontrollpunkter utifrån förfrågningsunderlagets krav

- Utföraren ska, inom ramen för angivet kapacitetstak, ta emot nya uppdrag och har ingen möjlighet att tacka nej till sådana.
- Utföraren ska snarast eller senast inom ett dygn bekräfta att beställningen mottagits. Utföraren ska kunna påbörja insatsen inom tre månader från beställning, förutsatt att utförarens kapacitetstak inte är uppnått.
- Utföraren ska inom 30 dagar från det att verkställigheten inletts ha upprättat en genomförandeplan. Av genomförandeplanen ska den beviljade insatsen framgå, målet med insatsen, hur och när insatsen ska utföras samt när genomförandeplanen ska följas upp
- Utförarens tillhandahållande av beviljad insats ska vara i enlighet med den behovsnivå som biståndshandläggaren beslutat för den enskilde.
- Om brukarens behov av personalstöd ökar eller minskar i sådan omfattning att behovsnivån behöver omprövas ska utföraren kontakta ansvarig biståndshandläggare. En sådan omprövning förutsätter att det rör sig om ett förändrat behov som överstiger tre månader.
- Vid sammanhållen frånvaro som överstiger 5 dagar samt vid sammanlagd frånvaro under en månad som överstiger 10 dagar, ska utföraren omedelbart meddela biståndshandläggaren.
- När insatsen upphör ska utföraren inom en månad från uppdragets upphörande lämna akten till nämnden för arkivering.
- Den dagliga verksamheten ska ha som syfte att bidra till den enskildes personliga utveckling och delaktighet i samhället.
- Verksamheten ska grundas på respekt för den enskildes integritet och självbestämmande. Insatsen ska vara individuellt utformad samt erbjuda stimulans, utveckling och gemenskap utifrån den enskildes förutsättningar och behov
- Utföraren ska se till att praktikplatser tillhandahålls inom reguljär arbetsmarknad för målgruppen samt verka för att brukare erhåller anställning inom reguljär arbetsmarknad.
- Utföraren ska i verksamheten arbeta för att uppnå värdegrunden (se 4.2 i förfrågningsunderlaget).
- Utföraren ska göra en riskanalys med påföljande handlingsprogram för verksamheten så att säkerhet erhålls för brukarna.
- Utföraren ska ha bemanning i den omfattning och med den kompetens som krävs för att brukarna ska tillförsäkras biståndsbedömda insatser och uppdraget ska kunna utföras enligt samtliga i förfrågningsunderlaget angivna krav.
- Utföraren ska tillse att all personal undertecknar en förbindelse om sekretess och tystnadsplikt i enlighet med gällande lagstiftning och att förbindelsen efterlevs. Förbindelserna ska förvaras hos utföraren.
- För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska utföraren i

enlighet med de krav som IVO anger, ha ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9. Ledningssystemet ska vara anpassat till utförarens verksamhet.

Får du bestämma om saker som är viktiga för dig på din dagliga verksamhet?

Får du den hjälp du vill ha på din dagliga verksamhet?



Ja



Ibland



Nej



Är det du gör på din dagliga verksamhet viktigt för dig?



Ja



Ibland

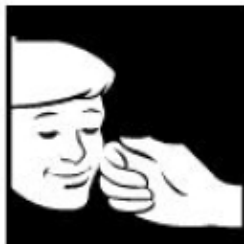


Nej



Enkät brukarundersökning daglig verksamhet

Bryr sig personalen på din dagliga verksamhet om dig?



Ja



Ibland



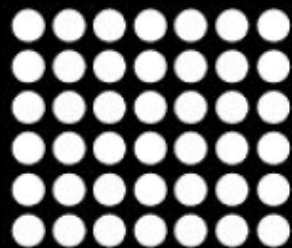
Nej



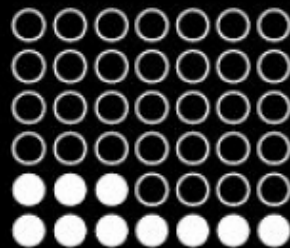
Pratar personalen på din dagliga verksamhet med dig så att du förstår vad de menar?



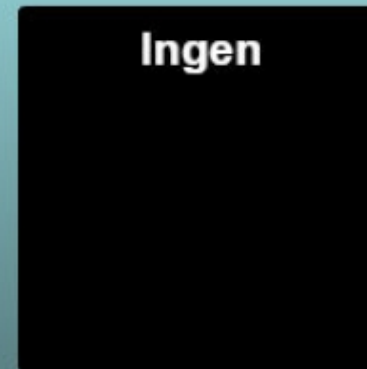
Alla



Några



Ingen



Bilaga C

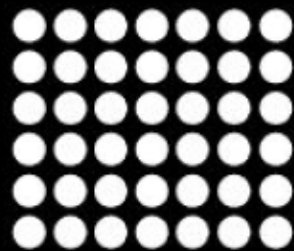
Enkät brukarundersökning daglig verksamhet



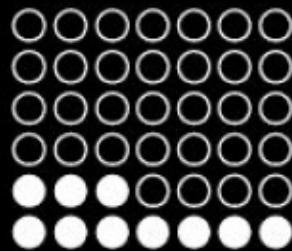
Känner du dig trygg med personalen på din dagliga verksamhet?



Alla



Några



Ingen



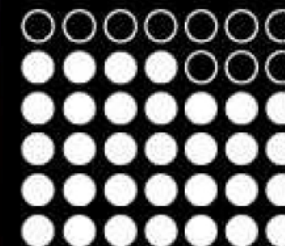
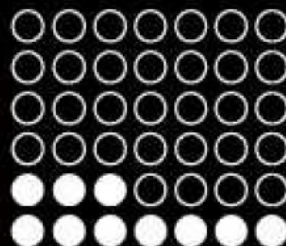
Är du rädd för något på din dagliga verksamhet?



Aldrig

Ibland

Ofta



Vet du vem du ska prata med om något är dåligt på din dagliga verksamhet?



Ja



Nej



Trivs du på din dagliga verksamhet?



Ja



Ibland



Nej



Är du kvinna eller man?



Kvinna



Man



Annat



Tack för att du svarade på frågorna!

Socialnämnden

Uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS som tillhandahålls av Östhammars kommun i egen regi

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden godkänner 2017 års uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS som tillhandahålls av Östhammars kommun i egen regi.

Socialförvaltningen uppdras att i dialog med egen regi, säkerställa att genomförandeplaner upprättas i verksamhetssystemet Combine i enlighet med socialnämndens krav.

Ärendet

Östhammars kommun tillämpar lagen om valfrihet, inom daglig verksamhet enligt LSS sedan 2010. Den dagliga verksamheten syftar till att ge sysselsättning med arbetsförberedande inriktning till funktionsnedsatta personer som är i yrkesverksam ålder, saknar meningsfull sysselsättning och inte utbildar sig.

Enligt beslut i Kommunfullmäktige är handläggning och ekonomi för daglig verksamhet fr.o.m. 2017-02-21 överfört från kommunsstyrelsen till socialnämndens ansvarsområde.

En konsekvens av beslutet är att socialnämnden ansvarar för årlig uppföljning av befintliga utförares verksamhet.

I nuläget (februari 2018) utgörs utförarna av Samarbetets ekonomiska förening i Östhammar, Aktivt stöd Uppland AB samt daglig verksamhet i egen regi som lyder under kommunstyrelsens reglemente.

Föreliggande uppföljning av daglig verksamhet i egen regi är gjord utifrån ett antal kontrollpunkter som utgår från förfrågningsunderlagets fastställda krav (Bilaga B). Uppföljningen har kompletterats med kontroll av synpunkter och avvikelser, fakturakontroll genom stickprov och skatteprevention.

Ledningssystem med tillhörande rutiner har kontrollerats och biståndsenheten

har med utgångspunkt från sin ärendehandläggning bedömt om utföraren uppfyller förfrågningsunderlagets krav.

Handlingar i ärendet

Bilaga A. Rapport angående 2017 års uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS - Östhammars kommun i egen regi

Bilaga B. Kontrollpunkter utifrån förfrågningsunderlagets krav

Beslutet skickas till

Tobias Wistrand, utredare

Andreas Järvenpää, verksamhetscontroller

Rapport angående 2017 års uppföljning av utförare enligt LOV inom daglig verksamhet enligt LSS - Östhammars kommun i egen regi

Bakgrund

Östhammars kommuns dagliga verksamhet i egen regi har i nuläget ca 75 brukare.

Utförare i kommunal regi behöver inte söka tillstånd men ska anmäla verksamheten till Inspektionen för Vård och Omsorg innan den startas. Daglig verksamhet i egen regi är anmäld och finns registrerad hos IVO.

Egen regi leds av en enhetschef som har gymnasial vårdutbildning och därutöver har studerat enstaka högskolekurser med inriktning mot äldreomsorg, budgetarbete och hälsofrämjande ledarskap. Enhetchefen har mångårig erfarenhet av ledarskap inom äldreomsorg och verksamhet enligt LSS, däribland daglig verksamhet.

Inom egen regi finns även en samordnare med examen från sociala omsorgsprogrammet och mångårig arbetslivserfarenhet inom verksamhet enligt LSS som personlig assistent, enhetschef och samordnare.

Därutöver har egen regi 26 arbetshandledare varav 3 är visstidsanställda. Arbetshandledarna har varierande utbildningsbakgrund. Ca hälften har undersköterskeexamen. Bland övriga arbetshandledare finns bl.a. personer med bakgrund som barnskötare, fritidsledare och fritidspedagog. Egen regi har även en vikariepool som består av 8-10 personer. Bland dem som ingår i vikariepoolen finns bl.a. personer med gymnasieexamina inom omvårdnad, barn och fritid, samt erfarenhet inom bl.a. kultur, musik och hantverk.

Inom egen regi bedrivs daglig verksamhet på tio olika enheter. Där utför brukarna arbetsuppgifter individuellt eller i grupp med stöd av arbetshandledare. Innehållet i den dagliga verksamheten varierar mellan enheterna. Exempel på förekommande sysselsättningar är enklare försäljning av bl.a. konsthantverk, fika och kläder. Därutöver förekommer exempelvis musik, konst, talträning, teaterverksamhet, olika uppdrag från andra delar av kommunens verksamhet inom bl.a. posthantering och budbilsuppdrag samt placeringar på externa företag eller organisationer. En fullständig beskrivning av de olika enheternas inriktning nås via nedan länk:

<http://www.osthammar.se/sv/omsorg-och-stod/funktionsnedsattning/daglig-verksamhet/?step=3>

Postadress	Besöksadress/Reg.office	Telefon	Telefax	Organisationsnummer	Bankgiro
Box 36	Kyrkogatan 14	Nat 0173-860 00	Nat 0173-175 40	212000-0290	233-1361
S-742 21 Östhammar	Östhammar	Int +46 173 860 00	Int +46 173 175 40	V.A.T. No	PlusGiro
	www.osthammar.se	socialnamnden@osthammar.se		SE212000029001	1 31 70-6

Metod

Uppföljningen är gjord utifrån ett antal kontrollpunkter som utgår från förfrågningsunderlagets fastställda krav (bilaga D). Den har kompletterats med kontroll av synpunkter och avvikelser, fakturakontroll genom stickprov och skatteprevention.

Ledningssystem med tillhörande rutiner har studerats och biståndsenheten har med utgångspunkt från sin ärendehandläggning bedömt om utföraren uppfyller förfrågningsunderlagets krav på tjänsten.

Uppföljningsresultat

Synpunkter

Någon synpunkt rörande verksamheten har inte inkommit till utföraren eller socialnämnden, genom funktionerna för synpunktinlämning via hemsidan eller genom inlämnande av anvisad synpunktsblankett. Utföraren har tidigare år försökt inhämta synpunkter genom att skicka ut synpunktsblanketter till brukare och företrädare. Detta har dock inte haft någon avsevärd effekt. Sedan en tid lyfts istället frågor som rör verksamheten på regelbundna möten där såväl brukarrepresentanter som personal och chefer deltar. På mötena tas exempelvis önskemål om arbetsuppgifter och kulturaktiviteter upp samt arbetsmiljöfrågor.

Lex Sarah/Avvikelser

Under 2017 har två fallolyckor inträffat, p.g.a. löst sittande handtag och olämplig bänk som nu åtgärdats respektive plockats bort. Fallolyckorna ledde inte till några fysiska skador. Därutöver har en avvikelse registrerats som rör utebliven medicindos. Rutinerna för medicinhantering har uppdaterats för att undvika ytterligare uteblivna doser. Ingen anmälan enligt Lex Sarah har registrerats under 2017.

Fakturakontroll

Allmänna förutsättningar

Daglig verksamhet tillhandahålls inom systemet för eget val utifrån sju behovsnivåer. Biståndshandläggaren fastställer brukarens aktuella behovsnivå. Egen regi är utförare inom samtliga behovsnivåer. Utförare erhåller inte ersättning per utförda timmar. Istället avgörs ersättningen av antal brukare inom

de olika behovsnivåerna. I det fakturaunderlag som inkommer till kommunen anger utförarna aktuella ersättningsnivåer för respektive brukare.

Resultat

En stickprovskontroll har genomförts i form av granskning av september månads faktura. För den ca tiondel av brukarna som har kontrollerats har egen regi för samtliga av dem angett ersättningsnivåer på fakturan som överensstämmer med aktuell behovsnivå.

Skatteprevention

Skatteprevention har utförts under året. Leverantören har betalat skatt och sociala avgifter till Skatteverket.

Brukarundersökning

Allmänna förutsättningar

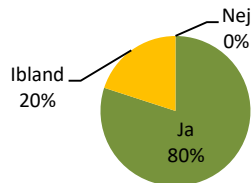
Egen regis brukare har getts möjlighet att svara på en enkät. Syftet är att utröna hur brukarna upplever kvaliteten i verksamheten. Enkätfrågorna tillhandahålls kommunen av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA).

Resultat

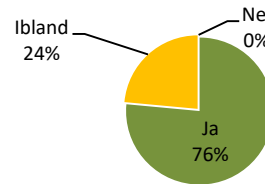
Av egen regis brukare besvarade 37 personer enkäten, vilket innebär att svarsfrekvensen inom egen regi uppgick till ca 50 %. Nedan redovisas en sammanställning av enkätsvaren. I sammanställningen redovisas andelen positiva, negativa och övriga svar med färgerna grönt, rött respektive gult.

1. Får du bestämma om saker som är viktiga för dig på din dagliga verksamhet?

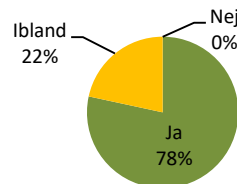
Kvinnor



Män

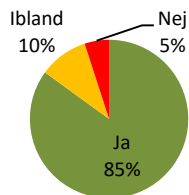


Samtliga

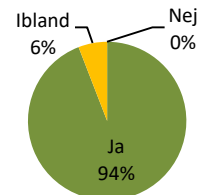


2. Får du den hjälp du vill ha på din dagliga verksamhet?

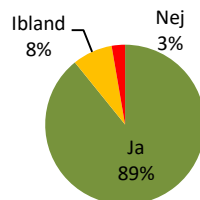
Kvinnor



Män

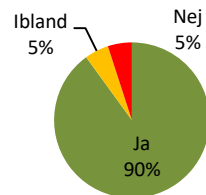


Samtliga

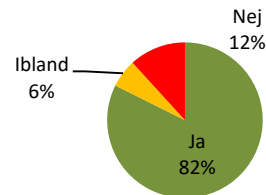


3. Är det du gör på din dagliga verksamhet viktigt för dig?

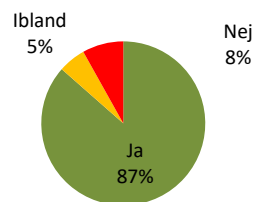
Kvinnor



Män

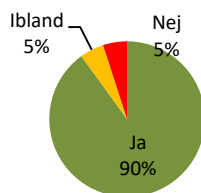


Samtliga

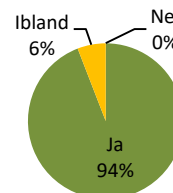


4. Bryr sig personalen på din dagliga verksamhet om dig?

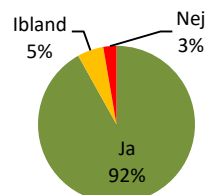
Kvinnor



Män

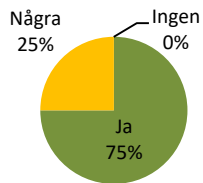


Samtliga

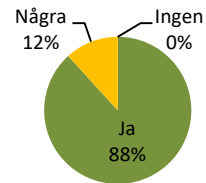


5. Pratar personalen på daglig verksamhet med dig så att du förstår vad de menar?

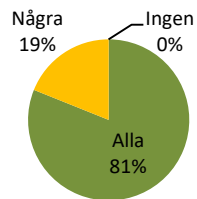
Kvinnor



Män

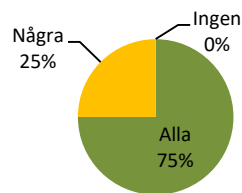


Samtliga

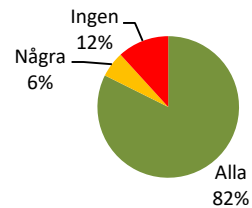


6. Känner du dig trygg med personalen på din dagliga verksamhet?

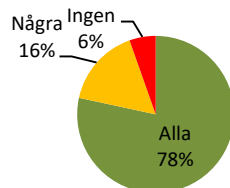
Kvinnor



Män

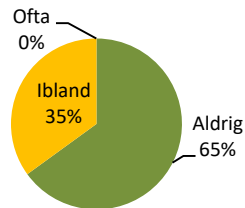


Samtliga

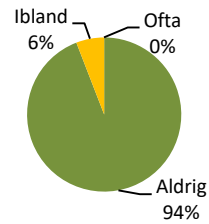


7. Är du rädd för något på din dagliga verksamhet?

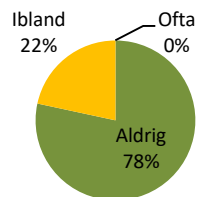
Kvinnor



Män

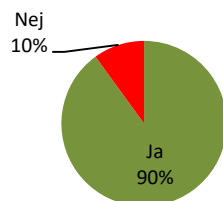


Samtliga

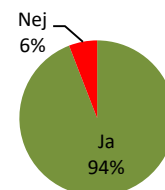


8. Vet du vem du ska prata med om något som är dåligt på din dagliga verksamhet?

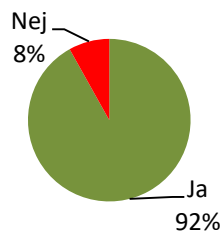
Kvinnor



Män

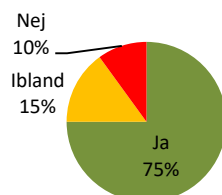


Samtliga

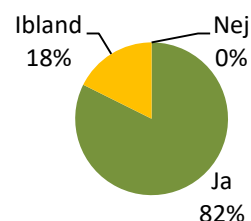


9. Trivs du på din dagliga verksamhet?

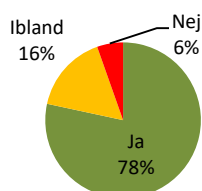
Kvinnor



Män



Samtliga



Kommentar:

Enkätundersökningen visar att brukarnöjdheten hos egen regi är hög i många avseenden. Exempelvis anger en stor andel brukare att de upplever att personalen bryr sig om dem och att de får göra saker på sin dagliga verksamhet som känns viktiga för dem. Samtidigt pekar enkätsvaren även på områden där andelen positiva svar inte är lika dominerande. Särskilt utmärker sig upplevelsen av rädsla bland kvinnor. 35 % av de svarande kvinnorna anger att de ibland är rädda för något på sin dagliga verksamhet, medan endast 6 % av männen anger att de ibland är rädda. Det bör även noteras att 25% av de svarande kvinnorna angett att de endast känner sig trygga med några i personalen och att endast några i personalen pratar med dem så att de förstår vad de menar.

Som alltid med enkätundersökningar är det svårt att veta vad de brukare som inte besvarat enkäten har för inställning i olika frågor. Förhoppningen är ändå att resultatet av brukarundersökningen kan ge viss vägledning till egen regi vad gäller att ge brukarna en så bra upplevelse som möjligt av den dagliga verksamheten.

Kommentarer kring övriga kontrollpunkter

Nedan redogörs de kontrollpunkter där uppföljningen föranlett kommentarer och/eller där förbättringsområden bedöms föreligga hos utföraren.

Kapacitet att ta nya uppdrag

Egen regi har ingen möjlighet att ange något kapacitetstak och har därmed ingen möjlighet att enbart ta emot ett visst antal brukare. Biståndsenheten konstaterar att i nuläget har egen regi tillräcklig kapacitet att ta emot brukare i behov av daglig verksamhet. Det kan dock finnas risk att trängseln uppstår om några år p.g.a. kommande årskullar som nu är i skolåldern. Egen regis egen uppfattning är att risk för framtida brist främst rör lokaler är med särskild hög tillgänglighet för personer med multihandikapp.

Hjälp till anställning på reguljär arbetsmarknad

Allmänna förutsättningar

I förfrågningsunderlaget framgår att utföraren ska se till att praktikplatser tillhandahålls inom reguljär arbetsmarknad för målgruppen samt verka för att brukare erhåller anställning inom reguljär arbetsmarknad.

Resultat

Inom egen regi har ca 20 % av brukarna praktikplatser på reguljär arbetsmarknad. Egen regi följer regelbundet upp i vilken grad den enskilde brukarens utveckling innebär ökad möjlighet till placering på arbetsmarknaden. Inom egen regi når ca 1 person vart tredje år en lönesubventionerad anställning. De få personer som under åren har nått en sådan anställning är fortfarande kvar på respektive arbetsplatser.

Kommentar:

Bedömningen är att egen regi har en tydlig ambition att ordna praktikplatser åt brukare. När det gäller möjligheten till lönesubventionerad anställning anger egen regi att samverkanssvårigheter föreligger med Arbetsförmedlingen.

Förhoppningen är att egen regi ser kopplingen till arbetsmarknaden som ett ständigt utvecklingsområde och att ansträngningarna att ordna såväl praktik som mer varaktiga anställningar fortsätter.

Ledningssystem

Allmänna förutsättningar

Den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.

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

Krav på ledningssystemets innehåll anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska beskriva och fastställa de aktiviteter och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra dess kvalitet. Ledningssystemet ska bl.a. omfatta beskrivning av hur utföraren ska hantera:

- Riskanalys vad gäller om händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.
- Egenkontroll i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.
- Utredning av avvikelser.

Resultat

Daglig verksamhet i egen regi använder sig av socialförvaltningens ledningssystem. I ledningssystemet finns styrdokument för hantering av avvikelser och risker samt kvalitetsutveckling. I ledningssystemet finns inga dokument som är specifikt anpassade för daglig verksamhet. Flera av dokumenten har istället en inriktning mot de verksamheter som lyder under socialnämndens reglemente. Exempelvis rymmer ledningssystemet en ”kvalitetsplan för LSS”. I planen relateras till värdegrundsgarantier för verksamhetsområden som lyder under socialnämnden, men ingenting anges specifikt om daglig verksamhet.

Därutöver rymmer ledningssystemet länkar till en del verksamhetsövergripande styrdokument vad gäller exempelvis olycksfall i arbetet och krishantering. Dessa dokument är relevanta för såväl daglig verksamhet som för övriga av kommunens verksamheter. Som ett komplement till de dokument och processkartor som ryms inom socialförvaltningens ledningssystem har daglig verksamhet i egen regi utvecklat egna rutiner vad gäller anmälningar enligt Lex Sarah. I syfte att säkra ett ändamålsenligt kvalitetsarbete, kan det finnas skäl för daglig verksamhet i egen regi att se över behovet av ytterligare verksamhetsspecifika styrdokument.

Genomförandeplaner

Bedömningen är att daglig verksamhet i egen regi upprättar genomförandeplaner vars innehåll överensstämmer med socialnämndens krav. Det förbättringsarbete som egen regi har framför sig består i att i enlighet med socialnämndens krav, börja upprätta planerna i verksamhetssystemet Combine. Fortfarande i slutet av februari 2018 har biståndsenheten istället mottagit egen regis genomförandeplaner i pappersform. Att Combine används för ändamålet är viktigt för att säkerställa en omedelbar och säker åtkomst för biståndshandläggaren. Genom att använda Combine har utföraren dessutom tillgång till instruktionerna i verksamhetssystemet avseende planernas innehåll.

Socialförvaltningen har under 2017 ombesörjt utbildning i att arbeta i Combine, för ett antal personer hos varje utförare. Respektive utförare ansvarar för att i sin tur utbilda resterande personal. En dialog har inletts med egen regi för att utröna vilka hinder som behöver övervinnas, för att berörd personal ska kunna tillägna sig den kunskap som krävs för att upprätta genomförandeplaner i Combine. Egen regi har angett att ett relativt stort antal personer hos utföraren upprättar genomförandeplaner. Därmed har en viss tidsåtgång krävts för att säkerställa tillräcklig kunskap inför övergång till Combine. Egen regis ambition är att senast efter sista april 2017, helt ha övergått till att upprätta genomförandeplaner i Combine i stället för i pappersform. Bedömningen är att detta är en rimlig åtgärdsplan, vilken kommer åtföljas i dialog mellan socialförvaltningen och daglig verksamhet i egen regi.

Sammanfattning och allmän bedömning

Biståndsenhetens har inte erfarit några fall där utföraren har brustit i att verkställa insatser i enlighet med insatsbeställning. Utförarens bredd vad gäller inriktningar inom den dagliga verksamheten ger förutsättningar att anpassa verksamheten efter den enskildes behov. Erfarenheten är att utföraren har en god förståelse för brukarnas behov och en god kommunikation med biståndshandläggare.

I nuläget lyckas egen regi leva upp till kravet att ta emot nya brukare utan möjlighet att ange kapacitetsgräns. Uppföljningen har visat att kommande utmaningar kan föreligga när det gäller att även framöver säkra tillräcklig lokalyta för egen regis dagliga verksamhet.

Avseende koppling till reguljär arbetsmarknad har konstaterats att en tydlig ambition finns att ordna praktik till brukarna. Förhoppningen är att egen regi fortsätter sina ansträngningar att verka för såväl praktik som varaktig anställning inom reguljär arbetsmarknad.

Brukarundersökningen visar en stor brukarnöjdhet inom flera områden. Undersökningen pekar dock bl.a. ut kvinnors känsla av trygghet som ett förbättringsområde.

Vad gäller genomförandeplaner har egen regi ett förbättringsarbete framför sig som består i att övergå från upprättande i pappersform till att upprätta dem i Combine.

Bedömningen är att egen regi i hög grad lever upp till de krav som anges i förfrågningsunderlaget, men att förbättringsområden föreligger.

Bilaga

Bilaga B. Kontrollpunkter utifrån förfrågningsunderlagets krav

Kontrollpunkter utifrån förfrågningsunderlagets krav

- Utföraren ska, inom ramen för angivet kapacitetstak, ta emot nya uppdrag och har ingen möjlighet att tacka nej till sådana.
- Utföraren ska snarast eller senast inom ett dygn bekräfta att beställningen mottagits. Utföraren ska kunna påbörja insatsen inom tre månader från beställning, förutsatt att utförarens kapacitetstak inte är uppnått.
- Utföraren ska inom 30 dagar från det att verkställigheten inletts ha upprättat en genomförandeplan. Av genomförandeplanen ska den beviljade insatsen framgå, målet med insatsen, hur och när insatsen ska utföras samt när genomförandeplanen ska följas upp
- Utförarens tillhandahållande av beviljad insats ska vara i enlighet med den behovsnivå som biståndshandläggaren beslutat för den enskilde.
- Om brukarens behov av personalstöd ökar eller minskar i sådan omfattning att behovsnivån behöver omprövas ska utföraren kontakta ansvarig biståndshandläggare. En sådan omprövning förutsätter att det rör sig om ett förändrat behov som överstiger tre månader.
- Vid sammanhållen frånvaro som överstiger 5 dagar samt vid sammanlagd frånvaro under en månad som överstiger 10 dagar, ska utföraren omedelbart meddela biståndshandläggaren.
- När insatsen upphör ska utföraren inom en månad från uppdragets upphörande lämna akten till nämnden för arkivering.
- Den dagliga verksamheten ska ha som syfte att bidra till den enskildes personliga utveckling och delaktighet i samhället.
- Verksamheten ska grundas på respekt för den enskildes integritet och självbestämmande. Insatsen ska vara individuellt utformad samt erbjuda stimulans, utveckling och gemenskap utifrån den enskildes förutsättningar och behov
- Utföraren ska se till att praktikplatser tillhandahålls inom reguljär arbetsmarknad för målgruppen samt verka för att brukare erhåller anställning inom reguljär arbetsmarknad.
- Utföraren ska i verksamheten arbeta för att uppnå värdegrunden (se 4.2 i förfrågningsunderlaget).
- Utföraren ska göra en riskanalys med påföljande handlingsprogram för verksamheten så att säkerhet erhålls för brukarna.
- Utföraren ska ha bemanning i den omfattning och med den kompetens som krävs för att brukarna ska tillförsäkras biståndsbedömda insatser och uppdraget ska kunna utföras enligt samtliga i förfrågningsunderlaget angivna krav.
- Utföraren ska tillse att all personal undertecknar en förbindelse om sekretess och tystnadsplikt i enlighet med gällande lagstiftning och att förbindelsen efterlevs. Förbindelserna ska förvaras hos utföraren.
- För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska utföraren i

enlighet med de krav som IVO anger, ha ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9. Ledningssystemet ska vara anpassat till utförarens verksamhet.

Patientsäkerhetsberättelse

2017

Socialförvaltningen 2018-02-14
Anette Frode,
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
0173-86209
anette.frode@osthammar.se

Innehåll

Sammanfattning	3
Bakgrund	4
Övergripande mål och strategier 2017	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning och utvärdering	5
Riktlinjer och rutiner	5
Avvikelse rapportering/synpunkter och klagomålshantering	5
Kvalitetsindikatorer för god vård i livets slut	5
Riskbedömning av fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen	6
God vård vid demenssjukdom	6
Basala hygienrutiner	6
Journalföring	6
Läkemedel	6
Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	7
Registreringar av infektioner på särskilda boenden och korttidsenheten	9
Hjälpmedel	10
Uppföljning genom egenkontroll	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	11
Riskanalys	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	11
Klagomål och synpunkter	12
Samverkan med patienter och närstående	12
Sammanställning och analys	12
Resultat (struktur, process, resultat och uppfyllelse)	12
Vårdkedjeavvikelse	12
Fallavvikelse	13
Läkemedelsavvikelse	14
Anmälningar enligt Lex Maria	14
Kvalitetsindikatorer	14
Resultat från examensarbete i undernäring och ordination av energi- och proteinrik kost till äldre vid särskilda boenden	15
Övergripande mål och strategier för kommande år	16

Sammanfattning

Varje vårdgivare är skyldig att årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL 3 kap.10§. Patientsäkerhetsberättelsen syftar bland annat till att säkerställa att rutiner finns för att identifiera och analysera och vidta åtgärder mot risker i vården, samt att ge vårdgivaren kontroll över det patientsäkerhetsarbete som pågår i verksamheten. Riktlinjer och rutiner ses över och revideras årligen för att åstadkomma detta.

Fortbildning och uppföljning har under året skett genom granskning av journaldokumentation på dokumentationsombuds/superanvändarträffar. Granskning av läkemedelsförråd och läkemedelshantering har gjorts av extern farmaceut. Riskbedömningar för trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen har genomförts i nationella kvalitetsregistret, Senior alert. Två sjuksköterskestuderande har genomfört sitt examensarbete om undernäring med underlag från fem särskilda boenden i kommunen.

BPSD-registreringar som leder till tvärprofessionella vårdåtgärder för att minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD). Terminsvisa vårdhygienutbildningar. Återrapportering av vårdpreventiva processer har skett från uppgifter tagna från Senior alert och Svenska palliativ registret till verksamheten. Ett annat viktigt led i förbättringsarbetet är teamträffar på enheter där man tvärprofessionellt systematiskt analyserar och åtgärdar avvikelser. Det arbetet har inte kunnat genomföras på ett tillfredställande sätt och måste till nästa år prioriteras.

Samverkansmöten har skett kontinuerligt under året med region Uppsala och kommunerna i länet. Aktuellt ämne för länsgemensamma samverkansrutiner har varit förberedelser för in- och utskrivningsprocessen från slutenvården, med anledning av den nya lagen, samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) som träder i kraft 1 januari 2018.

Aktiviteter för ökad patientsäkerhet, exempel:

- för vårdpersonal, webbutbildningen, jobba säkert med läkemedel. Godkänt kursintyg krävs vid ny och/eller förnyad delegering, kursintyget är giltigt ett år och måste därefter förnyas.
- för sjuksköterskor, VISAM beslutsstöd. Beslutsstödet ska användas när patientens hälsotillstånd hastigt försämrats. Checklistan ger stöd för att avgöra var den fortsatta vården bäst ska ske. Syftet är att bedömningen ska bli strukturerad, patienten ska få vård på optimal vårdnivå och informationsöverföringen till nästa vårdgivare säkras.
- för arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter, uppföljning av hjälpmedelsförskrivning och användning tillsammans med hjälpmedelcentralen.

Under året har ett nytt dokumentationssystem i Combine införts inom befintliga resurser. Resurserna har under året inte varit fullt bemannade och delvis löst med tillfällig personal. Det kan ha varit en bidragande orsak till att inte utveckling av kvaliteten har kunnat fungera på ett tillfredställande sätt.

Bakgrund

Patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL, syftar bland annat till att ge vårdgivaren kontroll över det patientsäkerhetsarbete som pågår i vården, hur arbetet för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården fortskrider. Patientsäkerhetsberättelsen ska upprättas senast 1 mars varje år och det ska framgå:

- hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
- vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- vilka resultat som uppnåtts

Övergripande mål och strategier 2017

- Arbeta för en fortsatt utveckling av avvikelshanteringen, både på enhets- och verksamhetsnivå vid sammanställning och analys.
- Förebygga vårdskador genom att göra riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring för patienter på särskilt boende, korttidsplatser, och ordinärt boende. Riskbedömningen görs enligt Senior alert. För de med risk ska även åtgärder och uppföljning genomföras. Implementering av riskbedömningsinstrument för munhälsa, ROAG (Revised Oral Assessment Guide).
- Förebygga vårdskador och lidande genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens enligt BPSD (nationellt kvalitetsregister för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens).
- Fortsatt egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin. Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och eventuellt nya vårdhygienombud, sjuksköterskor samt enhetschefer.
- God vård i livets slutskede – alla dödsfall registreras, fokus på ökad smärtskattning, munhälsobedömningar, brytpunktssamtal och injektionsläkemedel vid behov.
- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom dokumentationsombuds/superanvändarträffar samt granskning av loggar.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Ytterst har Socialnämnden som vårdgivare ansvaret för patientsäkerheten. Ansvaret innebär att fastställa övergripande mål för verksamheten samt att följa upp dessa. Uppdrag utifrån detta delegeras till ledningen för socialförvaltningen.

Vårdgivaren ansvarar för att det utses verksamhetschefer med tydliga och anvisade ansvarsområden för den hälso- och sjukvård som vårdgivaren har ansvar för enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 4 kap. 2§.

Socialchefen och vård- och omsorgschefen har tillsammans med verksamhetscheferna ansvar för att följa upp och analysera verksamheten inom patientsäkerhetsområdet.

Vårdgivaren ansvarar för att det finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) enligt Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). MAS ansvarar på uppdrag av vårdgivaren för att det i samråd med verksamhetschefer, upprättas övergripande riktlinjer och rutiner för kvalitet och säkerhet i verksamheten avseende den vård och behandling som patienterna ges. Ansvaret omfattar även att utöva tillsyn och kvalitetsgranska verksamheten. MAS har på uppdrag av vårdgivaren ansvar för att anmäla allvarliga händelser till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, enligt Lex Maria.

Enhetschefer ansvarar för att medarbetare har rätt kompetens och rätt befogenheter för att utföra sina uppdrag på ett säkert sätt samt att det skapas operativa mål för patientsäkerhet i verksamheten utifrån vårdgivarens mål.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att hälso- och sjukvårdarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet samt att inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet med förbättringar och utveckling av den egna kompetensen. Omvårdnadspersonal som biträder legitimerad personal genom delegering har ansvar för att dessa hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs korrekt.

Struktur för uppföljning och utvärdering

Riktlinjer och rutiner

Övergripande riktlinjer och rutiner anvisar om kvalitet, ansvar och roller. Varje chef ansvarar för att det utifrån dessa upprättas operativa mål och rutiner för genomförande och hur arbetet ska organiseras.

Avvikelseberapportering/synpunkter och klagomålshantering

Vårdskador i samband med till exempel fallolyckor och felaktig medicinering följs upp genom granskning och uppföljning i enheternas tvärprofessionella team. Allvarliga händelser rapporteras till verksamhetschef och MAS för fortsatt utredning, risk- och händelseanalys och att anmäla allvarliga händelser till läkemedelsverket och/eller inspektionen för vård och omsorg enligt Lex Maria.

Alla avvikelser rapporterades i specifik modul i dokumentationssystemet Procapita till och med den 31 maj 2017. Från och med den 1 juni 2017 sker det i specifik modul i dokumentationssystemet Combine. Avvikelsesystemet omfattar både avvikelser och risker oavsett lagrum. Alla enheter har inte klarat av att skriva in sina avvikelser i Combine innan 31 december 2017. Det innebär att den statistik som kan presenteras inte är lika detaljerad som tidigare år.

Kvalitetsindikatorer för god vård i livets slut

Alla dödsfall ska registreras i svenska palliativregistret. Alla närstående ska erbjudas efterlevandesamtal enligt rutin. En vårdplanering med brytpunktssamtal och behandlingsstrategi är en förutsättning för god vård i livets slut.

Riskbedömning av fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen

Alla som flyttar in på särskilt boende och de som bedöms som riskpersoner i ordinärt boende eller har tre eller flera insatser/dygn och trygghetslarm ska erbjudas riskbedömning enligt Senior alert för att trycksår, undernäring, fall och ohälsa i munnen kan förebyggas.

God vård vid demenssjukdom

Genom tvärprofessionella vårdåtgärder minska förekomsten och allvarlighetsgraden av beteendemässiga psykiska symtom vid demens (BPSD). Det leder till ökad livskvalitet för personer med demens. Utbildning av BPSD-administratörer och Qualid-mätning sker minst en gång per år. Insamling görs av hur många med demensdiagnos som finns inskrivna i hemsjukvården, ordinärt boende och omvårdnadsboende.

Basala hygienrutiner

För att följa upp och förbättra följsamheten gällande basala hygienrutiner finns en hygienombudsorganisation samt en självskattningsmetod av följsamhet gällande basala hygienrutiner. Enhets specifika rutiner för självskattning 4 gånger per år finns vid varje enhet. Utfall av självskattning ska beskrivas i enheternas verksamhetsberättelser. Hygienronder med hjälp av vårdhygienisk expertis och MAS ska ske kontinuerligt vid särskilt boende, dock minst var fjärde år.

Journalföring

En grupp av dokumentationsombud/superanvändare inom hemsjukvården har träffats under året. Gruppen består av legitimerad personal som tillsammans med förvaltningsledare (förvaltningsledare avser en roll inom kommunens IT-styrmodell) och MAS tar fram och följer upp rutiner och förslag på utbildning för förbättrad journalföring. Journal- och loggranskning ingår i kvalitetsarbetet.

En arbetsgrupp med representanter från legitimerad personal har under året arbetat med HSL-omvårdnadsjournal i Combine, det nya verksamhetssystemet. Under året har ett omfattande arbete pågått att få alla delar att fungera i det nya journalsystemet Combine. Det är fortfarande brister som inte är acceptabla, ett par exempel är att det inte går att ta fram statistik på ett enkelt sätt för att jämföra avvikelser som tidigare år. Det fungerar inte på ett säkert sätt med signering av utförda ordinationer för läkemedel. Arbetet har varit omfattande och tidskrävande administrativt för legitimerad personal med flera. Det innebär också att signeringslistor på papper fortfarande används. På Närvårdsenheten dokumenterar personalen i två system, Region Uppsalas Cosmic och i kommunens Combine, vilket kan innebära risk för patientsäkerheten i informationsöverföringen. Förslag till lösningar har lämnats in till förvaltningsledningen i samband med att nytt avtal ska skrivas mellan Region Uppsala och Östhammars kommun från och med 2018.

Läkemedel

Kontrollräkning av narkotika ska utföras regelbundet och svinn ska rapporteras till MAS. Vid kontrollräkning av narkotika har stölder ur läkemedelsförråd påvisats. Det finns ingen misstanke om att enskilda patienter blivit utan läkemedel. Stölderna har polisanmälts och utredning med loggkontroller av passage till läkemedelsförråden har genomförts.

Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Granskning av läkemedelshantering inom hemsjukvården samt lokala rutiner har utförts med hjälp av farmaceut. Skriftlig återrapportering med synpunkter och förbättringsförslag från farmaceut till enhetschefer, läkemedelsförrådsansvariga sjuksköterskor och MAS har skett. Farmaceutens rapporter delges även verksamhetschefer. Läkemedelsrutinen och blanketter har reviderats för att säkerställa läkemedelshantering. För att minska risken med förväxling av läkemedel till patienter, ska läkemedel förvaras i hemmet. I de ärenden där det inte är möjligt att patient eller närstående kan införskaffa eget låsbart medicinskåp har möjligheten att låna ett portabelt låsbart medicinskåp från varje hemtjänstområde fungerat bra.

Personal som får delegering av sjuksköterska för läkemedel och insulingivning får genomföra en webbutbildning inför delegering av läkemedel och insulin. Det innebär att lika information ges till all delegerad personal. Sedan ges lokalt anpassad information av sjuksköterska på hemsjukvårdsområdet.

Fortbildningsmöten mellan hygienombud och avdelningen för mikrobiologi och vårdhygien har skett vid tre tillfällen under året. Fortbildningstillfällen inom området har även hållits för legitimerad personal samt chefer under året. MAS tillsammans med hygiensjuksköterskan från vårdhygien sammankallade områdeschefer och enhetschefer för särskilt boende för genomgång av vilka åtgärder som inte genomförts 2017 utifrån resultat från hygienronderna. Arbetet med att säkerställa de hygienrutiner som behövs för en patientsäker vårdmiljö har påbörjats och kommer att fortsätta 2018 med inköp av spol- och diskdesinfektorer.

Arbetet för en fortsatt utveckling av avvikelshantering har pågått under hela året. Vissa enheter har precis kommit igång med teamträffar. Därför kommer arbetet att fortsätta med att strukturera avvikelprocessen på enhets- och verksamhetsnivå.

Utbildning för sjuksköterskor i Senior alerts kvalitetsregister har genomförts. Den innehöll guidning i kvalitetsregistret, hur det ska fyllas i, med exempel för en patient där även riskbedömningsinstrument för munhälsa, ROAG, (Revised Oral Assessment Guide) ingår.

Vi har inte uppnått målet med att alla som bor på särskilt boende och de som har tre eller fler insatser och larm i ordinärt boende ska erbjudas riskbedömning i Senior alert.

Att förebygga vårdskador och lidande genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) enligt nationella kvalitetsregistret BPSD. Under 2016 utfördes 145 registreringar i registret och 2017 utfördes 206 registreringar. Under året har fyra utbildningar till BPSD- administratör genomförts med cirka 40 deltagare.

För att kunna mäta livskvalitet hos personer med demensdiagnos och utveckla förståelse och kunskap används Qualid som mätinstrument. Det innebär att under en vecka så observerar omvårdnadspersonal en person med demens på sin enhet och får svara på ett antal frågor som sedan sammanställs.

Boende	Antal boende med diagnos	Medeltal av livskvalitet	Högsta grad av livskvalitet	Lägsta grad av livskvalitet
Edsvägen 16	40	23,5	11	43
Olandsgården	21	25,1	13	39
Parkvägen 7-9	27	20,7	12	42
Lärkbacken	13	27,2	11	37
Tallparksgården	15	21,7	11	33
Alla boenden	116	23,6	11	43

Tabell 1. Resultat Qualid-mätning. Qualid-mätning är en metod som används för att mäta livskvalitet där 11 poäng är högsta grad av livskvalitet och 55 poäng är lägsta grad av livskvalitet.

Sjukgymnaster/fysioterapeuter har deltagit på utbildning i Otago (fallförebyggande program).

Från och med år 2017 ingår Socialstyrelsens webbutbildning i hjälpmedelsförskrivning i Grundutbildning förskrivningsrätt nya förskrivare. Efter genomförd utbildning ska förskrivare lämna intyg på att utbildningen genomförts.

Under året har dödsfall från vårdenheterna registrerats i Palliativa registret. I Uppsala län har en webbutbildning i allmän palliativ omvårdnad erbjudits samtlig vård och omsorgspersonal.

Fortsatt granskning av journaldokumentation har genomförts på dokumentationsombuds-superanvändarträffar där innehållet har analyserats. Revidering av granskningsmall för hälso- och sjukvård pågår. Resultatet av analysen tas sedan upp för genomgång i de lokala hemsjukvårdsgrupperna för att utveckla dokumentationen i journalerna.

MAS, förvaltningsledare och chefer har genomfört loggranskning enligt gällande rutin i Procapita till och med den 31 maj 2017. Inget anmärkningsvärt har framkommit under loggranskningarna som genomförts. Utvecklingsarbete för hur loggkontrollerna ska genomföras i det nya journalsystemet Combine pågår och riktlinjen och rutinen för dokumentation är under revidering.

Infektionsregistrering utförs på särskilda boenden, ordinärt boende och korttidsenheten som redovisas regelbundet till MAS. Infektionsregistreringar från särskilt boende och korttidsenheten har under året lämnats in till vårdhygien som sammanställt resultatet.

Registreringar av infektioner på särskilda boenden och korttidsenheten

Lite korta fakta utifrån data:

- Underlaget: 3001 registreringar
- Samtliga SÄBO representerade med statistik från alla kvartal.
- Edsvägen och Olandsgården avviker då procentuellt fler får antibiotika här för urinvägsinfektion för de utan kvarliggande kateter i urinblåsan.

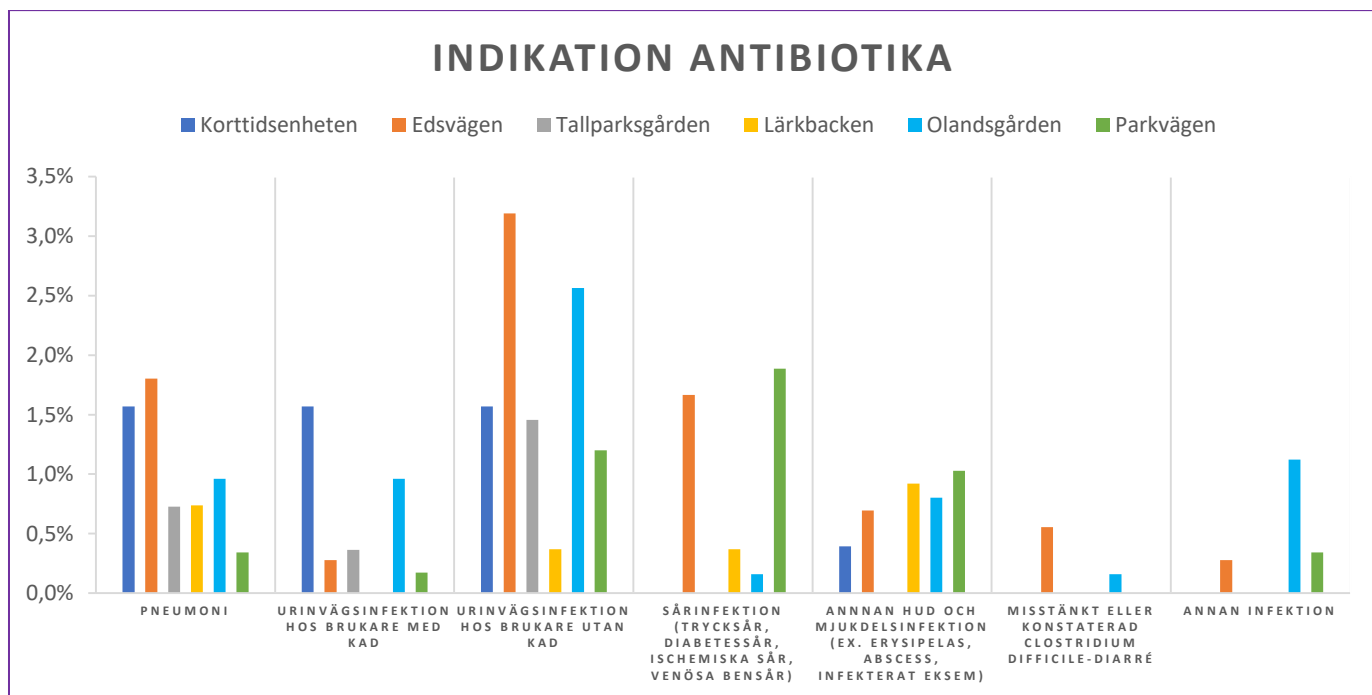


Diagram 1. Registrering typ av infektioner särskilda boenden och korttidsenheten under 2017.

Korttidsenheten har en hög procent boende med urinkateter där en förklaring eventuellt kan vara att en viss del av de boende kommer från slutenvården.

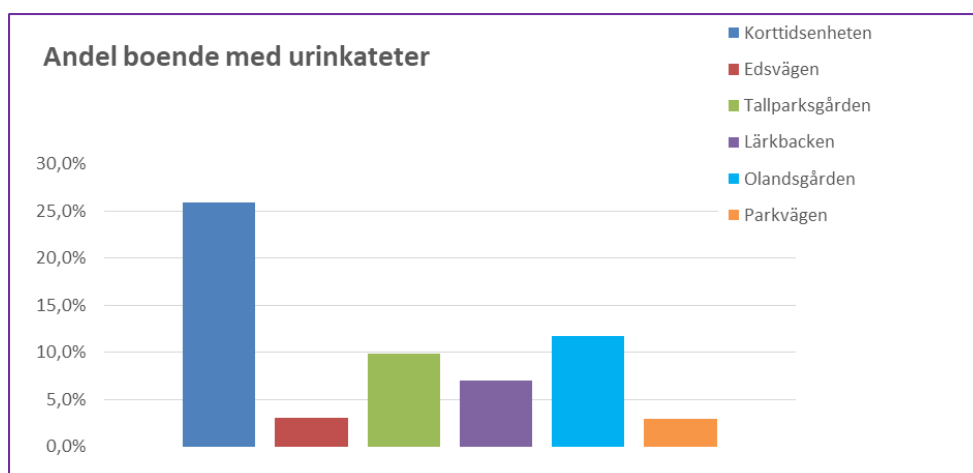


Diagram 2. Andel boende med urinkateter fördelat per boende 2017.

Tallparksgården och Olandsgården har procentuellt mer magsjuka och influensa än övriga boende. En bidragande orsak kan vara att de båda saknar spol-och diskdesinfektorer.

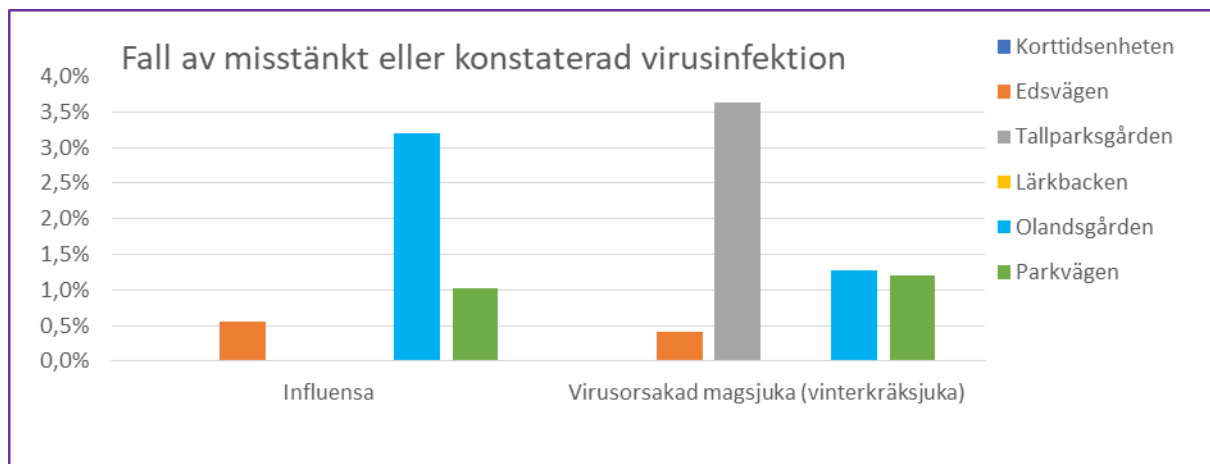


Diagram 3. Andel fall av misstänkt eller konstaterad virusinfektion fördelat per boende 2017.

Hjälpmedel

Hjälpmedelsenheten har samordnat rollatorcaféer på varje tätort, 102 besökare deltog. Sjukgymnaster/arbetsterapeuter tillsammans med personal från kommunservice har erbjudit rollatoranvändare tips, råd och service på plats.

Hjälpmedelsenheten och kommunservice har säkrat upp hygienrutiner gällande hantering av hjälpmedel i basförrådet tillsammans med hygiensjuksköterska. Ny tvättmaskin har köpts in till basförrådet för att garantera rätt temperatur vid rekonditionering.

Hjälpmedelsenheten har tillsammans med företag anordnat flera utbildningar med syfte att öka kunskapen om hjälpmedel inom upphandlat sortiment samt hanteringen av dessa. Både hjälpmedelsverksamhetens personal, förskrivare och förrådspersonal har varit inbjudna och deltagit i utbildningarna.

Hjälpmedelsenheten uppmärksammade Socialstyrelsens kampanjvecka "Balansera mera" genom att under veckan arrangera föreläsningar, information, tips och råd till allmänheten om hur man kan förebygga fallolyckor. Detta gjordes i samverkan med Neuroförbundet, kommunens Daglig verksamhet, Närvårdsenhetens sjukgymnaster, Primärvårdens dietist och apotekare från Kronans apotek.

Uppföljning genom egenkontroll

- Kontinuerlig egenkontroll genom verksamhetens avvikelssystem
- Egenkontroll av basala hygienrutiner
- Kontinuerlig granskning av svenska palliativregistrets kvalitetsindikatorer samt återkoppling till verksamheten
- Kontinuerlig granskning av senior alerts vårdpreventiva process samt återkoppling till verksamheten
- Journalgranskning

Samverkan för att förebygga vårdskador

Den övergripande samverkansorganisationen i Uppsala län, tjänstemannaberedningen inom hälsa, stöd, vård och omsorg (HSVO), där bland annat kommunernas socialchefer och region Uppsalas ledning finns representerade, beslutar om de gemensamma dokument som styr samverkan mellan länets kommuner och Region Uppsala. I DocPlus finns de framtagna styrdokumenterna – vård i samverkan (ViS) som reglerar samverkan inom länet.

I samarbetet med Region Uppsala finns en rutin som beskriver hanteringen av avvikelshantering i samband med in- och utskrivning, så att identifierade brister ska kunna återspeglas och åtgärdas. Skriftlig återkoppling sker vid eventuella avvikelser i informationsöverföringen.

Utvecklingsgrupperna arbetar med utveckling av det elektroniska kommunikationsverktyget Prator samt för att det finns en riktlinje och övergripande samverkansrutiner för att bland annat säkra och utveckla in- och utskrivning av färdigbehandlade patienter till och från slutenvården. Den riktlinjen har reviderats under året för att stämma överens med den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården och sjukvård (2017:612). Under året har den nationella patient översikten (kallad NPÖ) fortsatt att utvecklas och den läns-gemensamma riktlinjen har reviderats. Östhammars kommun har till legitimerad personal enligt rutin erbjudit att få utbildning för säker inloggning i NPÖ inför patientens hemgång. I utbildningen har valda delar ur patientdatalagen (SFS 2008:355) informerats och om navigering i NPÖ.

I Östhammar kommun har den partsammansatta politiska styrgruppen beslutat om en handlingsplan 2018 för det fortsatta närvårdsarbetet. De områden som prioriteras från 2017 är bland annat att fortsätta utveckla gemensamt arbete för trygg och säker utskrivning från slutenvården.

Samverkansgrupper med representanter från primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning har lokalt på varje ort skapats för att gemensamt arbeta för trygg och säker utskrivning från slutenvården.

Mobila närvårdsteam startade under hösten 2017. De erbjuder hembesök hos äldre personer med omfattande behov och personer med svår funktionsnedsättning. De är också ett stöd för kommunens sjuksköterskor som kan få rådgivning i sin handläggning av vårdärenden.

Risicanalys

Förvaltningsledningen ska initiera och utföra riskanalyser i samband med verksamhetsförändringar, nya trender eller andra händelser av större betydelse i verksamheterna. Samtliga enheter har ansvar för att riskanalyser genomförs vid allvarliga tillbud och händelser samt vid förändringar av verksamheten eller i samband med komplexa insatser på individnivå. Inför sommaren genomfördes en riskbedömning med anledning av att region Uppsala minskade sina geriatriskplatser.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelsehanteringen ska säkerställa att risker och brister identifieras och åtgärdas. Alla anställda inom socialförvaltningens verksamheter är skyldiga att rapportera risker, avvikelser och missförhållanden enligt fastställd riktlinje och rutin. Alla avvikelser, synpunkter och klagomål ska analyseras vid enheternas tvärprofessionella teamträffar där lokal analys och

riktade åtgärder vidtas innan avvikelserna kommer till MAS och verksamhetschef för slutgiltig granskning av trender och allvarliga händelser.

Klagomål och synpunkter

Ärenden kan lämnas direkt till en enhet eller genom kommunens gemensamma system för klagomål och synpunkter. Om ärendet berör patientsäkerhet så tar ansvarig chef kontakt med MAS alternativt verksamhetschef för rådgörande/granskning. Detta avgör också vem/vilka som ansvarar för utredning samt svar till anmälaren. Ett ärende har under året anmälts till patientnämnden.

Samverkan med patienter och närstående

Vid allvarliga händelser ska alltid den som drabbats och i förekommande fall dennes närstående informeras. Närstående erbjuds att delta i vårdplaneringar och riskbedömningar i de fall patienten så önskar/samtycker. Information till närstående sker efter överenskommelse och i samråd med patienten. Målsättningen är att patienten ska vara delaktig i sin vård och behandling och att de professionella besluten grundar sig på delaktighet i den mån det är möjligt.

Sammanställning och analys

Avvikelse, anmälningar, klagomål och synpunkter sammanställs och rapporteras kontinuerligt under året till socialnämnden enligt fastställd rutin. Sammanställning av avvikelser återrapporteras, förutom till nämnd, även till verksamheten vid nätverksmöten för chefer och legitimerad personal som områdeschefer och MAS ansvarar för.

Resultat (struktur, process, resultat och uppfyllelse)

Sammanställning av avvikelser oavsett lagrum, har gjorts för år 2016 och 2017. Det som kan konstateras är att antal avvikelser har ökat. Bristande omsorg/ej utförd insats har ökat markant och behöver analyseras mer (se tabell nästa sida).

Vårdkedjeavvikelse

Kategorin vårdkedja avser avvikelser mellan huvudmännen (kommun/region Uppsala) och handlar vanligen om brister i informationsöverföring och läkemedelshantering vid utskrivning från slutenvården. Avvikelse från annan huvudman bestod i huvudsak av brist i informationsöverföringen.

Avvikelser i vårdkedjan har minskat till annan huvudman men ökat från annan huvudman, vid jämförelse av 2016 och 2017 års resultat.

Typ av avvikelse	2016	2017	Diff.
Fall	1019	1132	
Läkemedel	356	431	
Informationsbrist	7	9	
Hjälpmiddel	7	2	
Tryckskada	4	5	
Bristande dokumentation	0	14	
Utebliven ordination	66	24	
Självmod/självmodsförsök	0	0	
Kost/Nutrition	0	0	
Våld/Övergrepp	6	5	
Bristande omsorg/ej utförd insats	45	346	
Annan	11	12	
Summa:	1521	1980	
Vårdkedja till (annan huvudman)	27	21	
Vårdkedja från (annan huvudman)	1	8	

Tabell 2. Fördelning av inrapporterade avvikelser 2016 och 2017.

Fallavvikelser

Fallskador tillhör de vanligaste orsakerna till sjukhusvård. Fallen har 2017 jämfört med 2016 minskat i särskilt boende och på korttidsboendet, men ökat på ordinärt boende.

Fallavvikelser med allvarlighetsgrad 3 (betydande, t.ex. skada med sår eller fraktur) minskade 2017 med 24 rapporterade fall mot 2016 då det rapporterades 33 fall. När det gäller fallavvikelser med allvarlighetsgrad 1 och 2 har det inte varit möjligt att få fram en säker statistik.

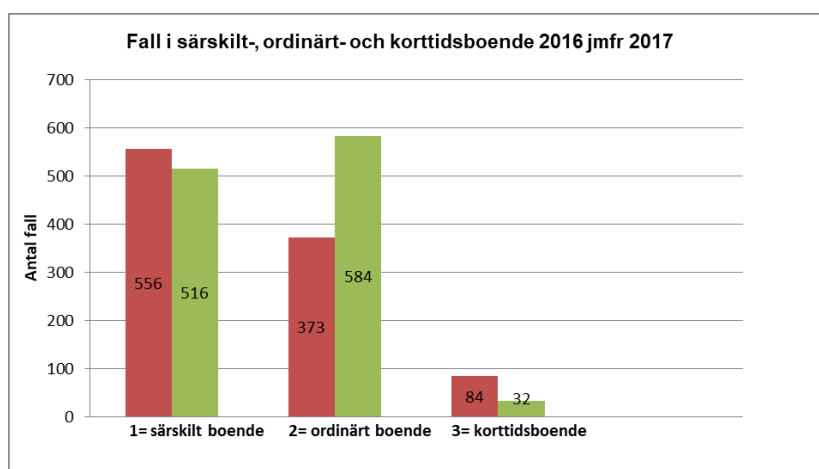


Diagram 4. Sammanställning av rapporterade fall där röd avser år 2016 och grön avser år 2017.

Läkemedelsavvikelser

Rapporterade avvikelser i läkemedelshanteringen har under år 2017 jämfört med år 2016 ökat i ordinärt boende. I särskilt boende ligger det lika. På korttidsplatserna har de minskat betydligt. Läkemedelsavvikelser med allvarlighetsgrad 3 (betydande) var 2016 rapporterade 19 avvikelser, 2017 rapporterades också 19 avvikelser med allvarlighetsgrad 3, alltså oförändrat. Största delen av dessa avvikelser var utebliven dos waran, även det oförändrat från föregående år. När det gäller avvikelser med allvarlighetsgrad 1 och 2 har det inte varit möjligt att få fram en säker statistik.

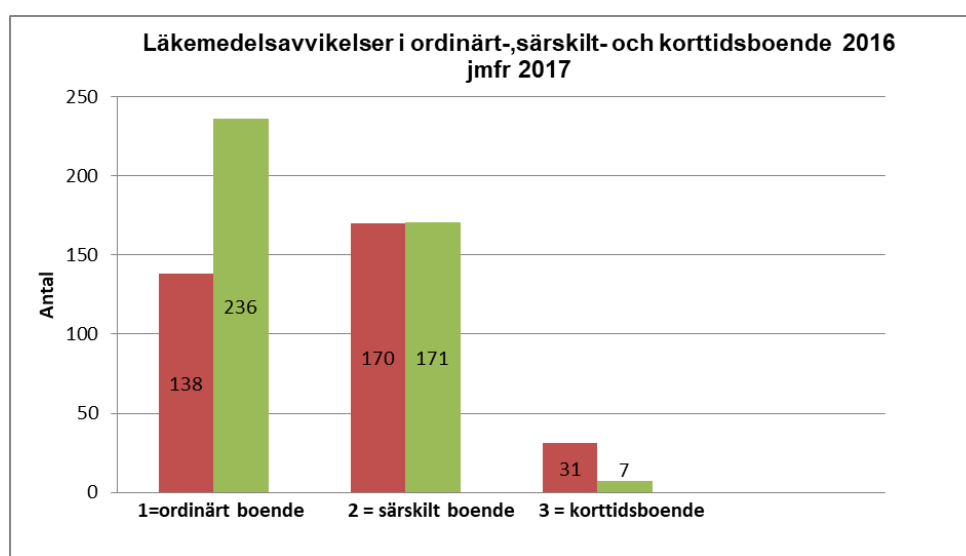


Diagram 5. Sammanställning av rapporterade läkemedelsavvikelser där röd är år 2016 och grön är år 2017.

Anmälningar enligt Lex Maria

Medicinskt ansvarig har under året gjort 2 anmälningar enligt Lex Maria till IVO. Utredning har föregåtts av inkomna avvikelser från verksamheten och en synpunkt, en var förväxling av patient och en var förväxling av läkemedel. Vid båda utredningarna ansåg IVO att vårdgivaren har vidtagit åtgärder för att hindra att något liknande inträffar igen.

Kvalitetsindikatorer

Under 2017 genomfördes 306 riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring, samt ohälsa i munnen. Andelen med risk redovisas i antal och procent med 2016 års resultat som referens. Antalet riskbedömningar har minskat, men antal/andel planerade åtgärder har ökat.

Vårdprevention	2016	2017
Riskbedömningar (RB) totalt med risk	447 (96 %)	306 (95 %)
Bakomliggande orsaker vid risk	59 (13 %)	238 (78 %)
Åtgärdsplan vid risk	344 (77 %)	289 (94 %)
Utförda åtgärder vid risk	255 (78 %)	204 (73 %)

Tabell 3. Antal riskbedömningar för fall, trycksår och undernäring

Resultat från examensarbete i undernäring och ordination av energi- och proteinrik kost till äldre vid särskilda boenden.

Andel äldre som screenats med mini nutritional assessment (MNA) bedömningsinstrument för att kartlägga nutritionsstatus utifrån risk för undernäring.

Resultat av studien visar att 70 % var screenade enligt senior alert, där MNA ingår som bedömningsinstrument för att kartlägga nutritionsstatus utifrån risk för undernäring. Enligt mål ska samtliga personer på särskilt boende erbjudas denna screening. Screening är viktig för att upptäcka, förebygga och behandla undernäring (SOSFS 2014:10).

Resultatet visade att det fanns stora variationer i andelen MNA-bedömningar mellan de olika särskilda boendena. Täckningsgraden skiftade från 25-100 %. Genomsnittet på de fem särskilda boendena visade att 70 % av de boende var riskbedömda. Resultatet kan jämföras med uppgifter från Senior alert där genomsnittlig täckningsgrad av Senior alert-bedömning i Uppsala län och grannlänerna Stockholm, Gävleborg, Västmanland och Södermanland varierar mellan 67 % och 82 %.

Sammanställningen av kvalitetsindikatorer ur Svenska Palliativregistret för 2017 i relation till 2016.

God vård i livets slut	Målvärde	2016 (n=62)	2017 (n=73)
Eftersamtal erbjudet	100 %	92 %	89 %
Läk info till patienten	100 %	61 %	62 %
Munhälsa bedömd	100 %	63 %	56 %
Avliden utan trycksår	90 %	85 %	96 %
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90 %	87 %	86 %
Utförd validerad smärtskattning	100 %	32 %	26 %
Lindrad från smärta	100 %	79 %	82 %
Lindrad från illamående	100 %	76 %	92 %
Lindrad från ångest	100 %	82 %	67 %
Lindrad från rosslig andning	100 %	83 %	64 %
Läkarinformation till närstående	100 %	89 %	80 %

Tabell 4. Sammanställningen av kvalitetsindikatorer ur Svenska Palliativregistret för 2017 i relation till 2016.

Indikatorerna visar att de har försämrats för 2017 jämfört med 2016. Sammanställningen kommer att tas med till äldreprocessgruppen för en analys och uppföljning under 2018.

Övergripande mål och strategier för kommande år

- Fortsatt arbete i de lokala tvärprofessionella teamen med att förebygga vårdskador genom att öka antalet riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. Riskbedömning, åtgärdsplan och uppföljning görs enligt Senior alert. Det är ett mycket viktigt arbete för att vända trenden med fallavvikelser.
- God vård vid demenssjukdom: Minska symtom genom att arbeta strukturerat med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens enligt BPSD. Utveckla återkoppling och användandet av utdata på kvalitetsmått inom verksamheten. BPSD-utbildning erbjuds till alla professioner i teamen som arbetar med personer som har demenssymtom eller demensdiagnos. Minst två utbildningstillfällen ordnas under året.
- Fortsatt egenkontroll av basala hygienrutiner och kontroll på varje enhet enligt rutin. Vårdhygienisk information och utbildning är inplanerad för befintliga och tillkommande vårdhygienombud, legitimerad personal samt enhetschefer. Uppföljning att spol- och diskdesinfektorer köps in enligt handlingsplan. Att det på varje boende upprättas en handlingsplan för att förebygga utbrott och också för hur man ska agera när utbrott inträffar med vinterkräxjuka och influensa.
- God vård i livets slutskede – alla dödsfall registreras, och vårdkvaliteten på de väntade dödsfallen ska följas upp utifrån Svenska Palliativ registret. Webbutbildning i allmän palliativ vård för legitimerad personal, omvårdnadspersonal och chefer finns tillgänglig.
- Implementering av validerad smärtskattning genomförs.
- Fortsatt granskning samt fortbildning inom journaldokumentation genom dokumentationsombuds/superanvändarträffar. Utveckla arbetet med dokumentations- och loggranskning. Färdigställa riktlinjen.
- Utveckling av rutiner kring läkemedelshantering skall ske utifrån de brister som påvisats. Uppföljning genom utvärdering av de lokala granskningsprotokollen från farmaceut för att säkerställa en fortsatt god läkemedelshantering.
- Analysera faktorer bakom avvikelser framförallt gällande uteblivna läkemedelsdoser och falltillbud. I det nya dokumentationssystemet signeras läkemedel direkt i telefonen. Sjuksköterskan, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut kan se att delegerad uppgift och instruktion är utförd. Inte klart ännu, därför behövs fortsatt utveckling så en säker överföring av signering för utförda ordinationer för exempel läkemedel mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal snarast löses, för att patientsäkerhet i dokumentationen ska uppnås i det nu gällande journalsystemet Combine.
- Införandet av VISAM beslutsstöd har varit positivt vid uppföljning med sjuksköterskor, det ger ett bra stöd vid bedömningar till vilken vårdnivå patienten ska. Uppföljning kontinuerligt att beslutsstödet enligt rutin efterföljs.
- Hjälpmedelsenheten bjuder in alla rollatoranvändare i kommunen till rollatorcafé. Syftet är att minska risken för att trasiga och slitna rollatorer används och därmed minska risken för skada.
- Utveckling av orternas lokala samverkansgrupper mellan primärvård, hemsjukvård och biståndshandläggning för en trygg hemgång från slutenvården för Patienten. Äldreprocessgruppen är ett samarbetsforum mellan primärvård, öppenvård psykiatri, SAH och kommunen. Fortsatt samarbete är viktigt för att patienten ska få en trygg och säker vård vid gemensamma vårdinsatser och vårdövergångar.

Personer inskrivna i hemsjukvård november 2017 redovisat ortsvís i diagram 1

Antal personer **utan demensdiagnos** med minst 2 demensliknande symtom (inte orienterad till person, tid och rum) med varaktighet längre än 6 månader

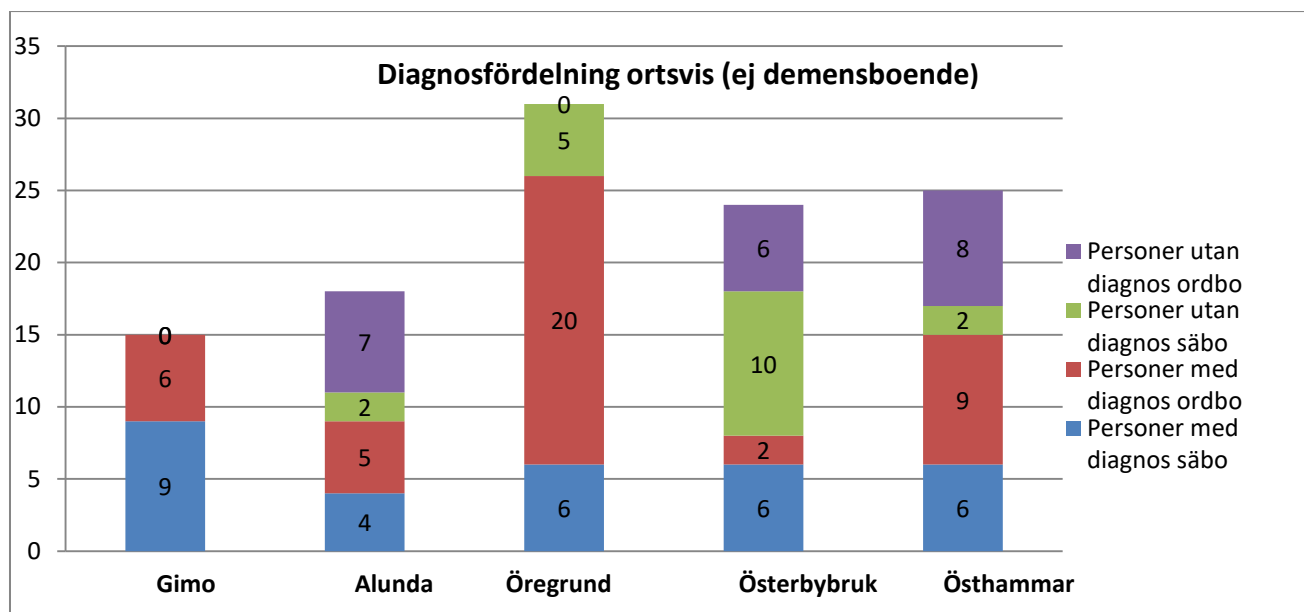


Diagram 1

Personer inskrivna i hemsjukvård november 2017 redovisat sammanlagt alla orter jämfört 2016 och 2017 i diagram 2

Antal personer **utan demensdiagnos** med minst 2 demensliknande symtom (inte orienterad till person, tid och rum) med varaktighet längre än 6 månader

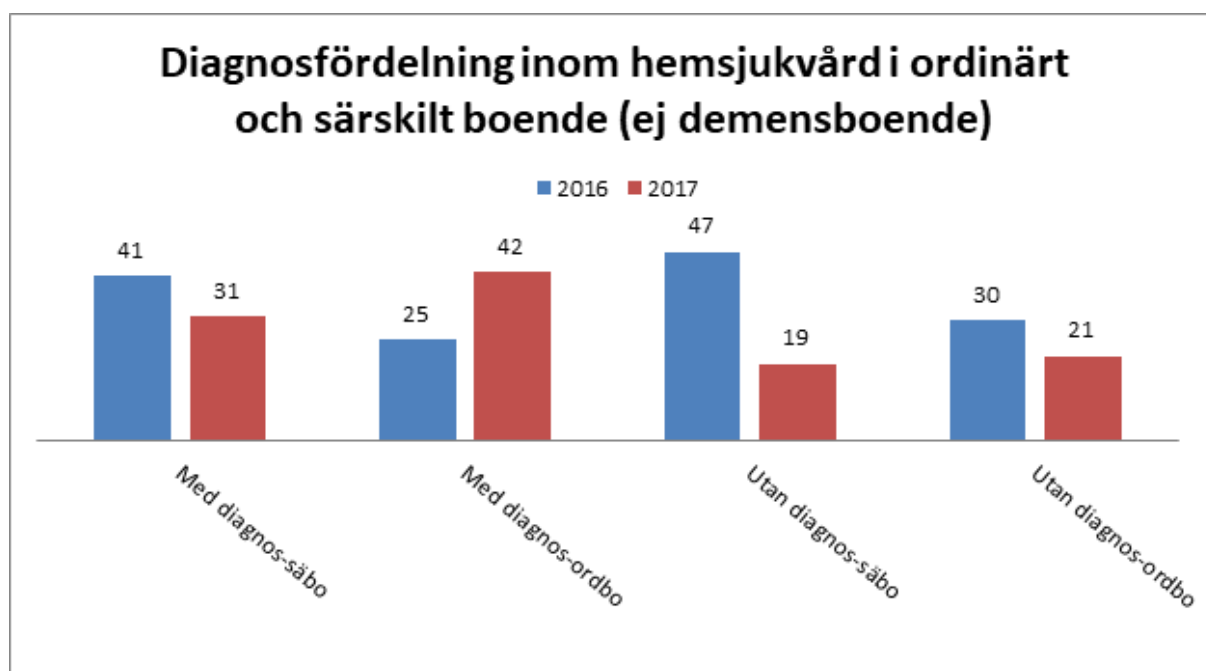


Diagram 2