



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-10-07
ON/2021:1

Delårsrapport per augusti 2022

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av delårsrapport per den 31 augusti 2022.

Sammanfattning

Nämnden har haft fortsatt fokus på att minska smittspridning av den pågående pandemin (Covid-19). I samverkan med Region Stockholm sker provtagning och smittspårning samt vaccination i nämndens verksamheter.

Seniorträffsverksamheten utvecklas vidare i samverkan med förvaltningen för arbetsmarknad, kultur och fritid, frivilligorganisationer samt volontärer. Målet är att nå ut till fler, att bibehålla och/eller förbättra hälsan samt minska den ofrivilliga ensamheten hos stadens seniorer. Ett led i den riktningen är att alla som är 65 år och äldre numer kan låna teknisk utrustning på biblioteket i Solna centrum och även få hjälp av nämndens digitala fixare.

Nämnden har rekviderat statliga medel genom Äldreomsorgslyftet för att genomföra kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen. Ett fyrtiotal medarbetare har tagit del av satsningen, därutöver tillkommer nya studerande under hösten.

En ny bostad med särskild service för vuxna enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) blev inflyttningsklar i februari.

Omvårdnadsnämnden har antagit uppdaterade riktlinjer för myndighetsutövning enligt LSS inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde.

Det digitala kompetensutvecklingsprojektet för medarbetare och chefer är avslutat.

Arbetet med nämndmålen pågår enligt plan. Ett av målen bedöms uppfyllas och tre av målen bedöms uppfyllas till stor del.

Nämndens nettokostnader uppgår till 562,9 mkr vilket är en minskning med 5,4 mkr (0,9 %) jämfört med föregående år på grund av lägre kostnad inom verksamheterna särskilt boende och LSS.

Periodens budgetavvikelse uppgår till 50,5 mkr (9 %) vilket förklaras av lägre kostnad på grund av fortsatt tomma och därmed stängda platser inom särskilt boende, lägre kostnad inom hemtjänst under sommarmånaderna, senarelagd inflyttning på gruppboendet Södra långgatan och prishöjningar som inte har justerats i perioden.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Veronica Hässelborg
Chefscontroller



SOLNA STAD

Delårsrapport per augusti 2022

OMVÅRDNADSNÄMNDEN

ON/2021:1 behandlas på omvårdnadsnämnden den 26 oktober 2022

Innehållsförteckning

Förvaltningsberättelse.....	3
Sammanfattning.....	3
Händelser av väsentlig betydelse.....	3
Styrning och uppföljning av den kommunala verksamheten.....	3
Mål och uppdrag.....	4
Ekonomisk analys.....	8
Väsentliga personalförhållanden	10
Tvärsektoriella frågor.....	12
Förväntad utveckling.....	14
Konkurrensutsättning.....	15
Intern kontroll.....	15

Förvaltningsberättelse

Sammanfattning

Nämnden har haft fortsatt fokus på att minska smittspridning av den pågående pandemin (Covid-19). I samverkan med Region Stockholm sker provtagning och smittspårning samt vaccination i nämndens verksamheter.

Seniorträffsverksamheten utvecklas vidare i samverkan med förvaltningen för arbetsmarknad, kultur och fritid, frivilligorganisationer samt volontärer. Målet är att nå ut till fler, att bibehålla och eller förbättra hälsan samt minska den ofrivilliga ensamheten hos stadens seniorer. Ett led i den riktningen är att alla som är 65 år och äldre numer kan låna teknisk utrustning på biblioteket i Solna centrum och även få hjälp av nämndens digitala fixare.

Nämnden har rekviderat statliga medel genom Äldreomsorgslyftet för att genomföra kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen. Ett fyrtiotal medarbetare har tagit del av satsningen, därutöver tillkommer nya studerande under hösten.

En ny bostad med särskild service för vuxna enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) blev inflyttningsklar i februari.

Omvårdnadsnämnden har antagit uppdaterade riktlinjer för myndighetsutövning enligt LSS inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde.

Det digitala kompetensutvecklingsprojektet för medarbetare och chefer är avslutat.

Arbetet med nämndmålen pågår enligt plan. Ett av målen bedöms uppfyllas och tre av målen bedöms uppfyllas till stor del.

Nämndens nettokostnader uppgår till 562,9 mkr vilket är en minskning med 5,4 mkr (0,9 %) jämfört med föregående år på grund av lägre kostnad inom verksamheterna särskilt boende och LSS.

Periodens budgetavvikelse uppgår till 50,5 mkr (9 %) vilket förklaras av lägre kostnad på grund av fortsatt tomma och därmed stängda platser inom särskilt boende, lägre kostnad inom hemtjänst under sommarmånaderna, senarelagd inflyttning på gruppboendet Södra långgatan och prishöjningar som inte har justerats i perioden.

Händelser av väsentlig betydelse

Nämnden har haft fortsatt fokus på att minska smittspridning av den pågående pandemin (Covid-19). I samverkan med Region Stockholm sker provtagning och smittspårning samt vaccination i nämndens verksamheter.

Seniorträffsverksamheten utvecklas vidare i samverkan med förvaltningen för arbetsmarknad, kultur och fritid, frivilligorganisationer samt volontärer. Målet är att nå ut till fler, att bibehålla och eller förbättra hälsan samt minska den ofrivilliga ensamheten hos stadens seniorer. Ett led i den riktningen är att alla som är 65 år och äldre numera kan låna teknisk utrustning på biblioteket i Solna centrum och även få hjälp av nämndens digitala fixare.

Nämnden har rekviderat statliga medel genom Äldreomsorgslyftet för att genomföra kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen. Ett fyrtiotal medarbetare har tagit del av satsningen, därutöver tillkommer nya studerande under hösten.

En ny bostad med särskild service för vuxna enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) blev inflyttningsklar i februari. Omvårdnadsnämnden har antagit uppdaterade riktlinjer för myndighetsutövning enligt LSS inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde.

Det digitala kompetensutvecklingsprojektet för medarbetare och chefer är avslutat och avrapporterat till Europeiska socialfonden och omvårdnadsnämnden.

Styrning och uppföljning av den kommunala verksamheten

Styrningen i Solna stad utgår från ett system för samlad ekonomi- och verksamhetsstyrning samt gällande lagstiftning, föreskrifter och nationella mål för den kommunala verksamheten. Utgångspunkten är en sammanhållen målstyrning, där kommunfullmäktige anger inriktning och ekonomiska ramar för styrelse och

nämnder. Det sker i Solna stads verksamhetsplan och budget, som är stadens främsta styrdokument. Den årliga verksamhetsplanen och budget kompletteras inom vissa områden med andra styrande dokument som policyer, strategier, riktlinjer, planer och program.

Styrelse och nämnder ska, med utgångspunkt från kommunfullmäktiges inriktning, precisera och fastställa en verksamhetsplan och budget utifrån föreslagna ekonomiska ramar. Hänsyn ska tas till viktiga förändringar i omvärlden såsom ändringar i lagstiftningen och förändringar i befolkningsstrukturen. Styrelse och nämnder ska till sin verksamhetsplan och budget besluta om internkontrollplan och konkurrensplan för verksamheten.

Utifrån styrelsens och nämndernas mål samt ekonomiska ramar ska förvaltningsledningen utarbeta verksamhetsplan och budget i dialog med sina enheter. Enheterna ska arbeta fram sina mål/aktiviteter, vilka i sin tur ska brytas ned till individuella mål/aktiviteter för varje medarbetare. Målen/aktiviteterna tydliggör medarbetarens ansvar och befogenhet i det gemensamma arbetet med att uppnå enhetens, nämndens och stadens mål.

I Solna stads styr- och uppföljningssystem ingår uppföljning och utvärdering. Styrelse och nämnder ansvarar för att verksamheten följs upp och utvärderas i den omfattning som krävs för att ha en god kontroll. Befarade avvikelser, som inte är ringa, ska omgående informeras kommunstyrelsen som har uppsikt över nämndernas verksamhet, uppföljning och utvärdering. Uppföljning och utvärdering för Solna stad behandlas av kommunstyrelsen och kommunfullmäktige per 30 april, 31 augusti (delårsrapport) och 31 december (årsredovisning). De övergripande målen, nämndmålen och uppdragen samt stadens finansiella mål följs främst upp i delårsrapporten och i årsredovisningen.

Solna stads verksamhet bedrivs i vissa delar i aktiebolag, kommunalförbund eller stiftelseform. Kommunfullmäktige utser ledamöter till bolagsstyrelser och stiftelser samt utser ledamöter till förbundsfullmäktige för kommunalförbunden. Kommunfullmäktige väljer också ägarombud till bolagsstämmor. Kommunstyrelsen ansvarar för att företagen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt sätt och att tillräcklig samordning sker med övrig kommunal verksamhet. Stadens styrning utgår ifrån lagstiftning inom området och de styrdokument som särskilt utfärdats av kommunfullmäktige i form av företagspolicy, bolagsordningar, ägardirektiv, särskilda direktiv, avtal eller förbundsordningar och medlemsdirektiv.

Uppsiktsplikten fullgör kommunstyrelsen genom att krav ställs på företagen om att lämna löpande information från sin verksamhet enligt ett fastställt rapporteringssystem. Koncernredovisning upprättas per sista augusti och sista december. För stiftelser gäller särskilda stadgar. Ägarförhållandena varierar i de olika bolag/förbund som ingår i Solna stads koncern och därmed formerna för uppsikt.

Omvårdnadsnämndens ansvarsområden





Omvårdnadsnämnden ansvarar för stadens äldreomsorg samt för omsorg om personer med funktionsnedsättning. Ansvarsområdet omfattar myndighetsutövning och verksamheterna styrs i stor utsträckning av socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Bland de verksamheter som nämnden ansvarar för finns boende, omsorg och service i ordinärt boende, daglig verksamhet, dagverksamhet, hälso- och sjukvård inom LSS-området med mera.

Mål och uppdrag





Kommunfullmäktige har i Solna stads verksamhetsplan och budget 2022 med inriktning för 2023-2024 beslutat om nämndmål och uppdrag för nämnderna.

Nämndmål

Kommunfullmäktiges beslutade mål för nämnden följs främst upp i delårsrapport per augusti och i årsredovisningen. Måluppfyllelsen för nämndmålen bedöms genom en sammanvägning av genomförda aktiviteter och relevanta mått. Målen bedöms enligt:

-  Målet uppfylls i år
-  Målet uppfylls till stor del i år
-  Målet uppfylls delvis i år
-  Målet uppfylls inte i år

En sammanfattning av bedömningarna för nämndmålen ser ut så här:

Nämndmål	
	Solnabor som bor på vård- och omsorgsboende ska känna sig trygga, nöjda och få ett gott bemötande.
	Solnabor som har hemtjänst ska ha möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden.
	Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro.
	Den besvärande ensamheten bland solnabor, som har hemtjänst eller som är boende på vård- och omsorgsboende, ska minska.

Solnabor som bor på vård- och omsorgsboende ska känna sig trygga, nöjda och få ett gott bemötande.

 Målet uppfylls till stor del i år

Måluppfyllelsen för trygghet, gott bemötande och nöjdhet mäts i första hand genom årliga nationella brukarundersökningar på vård- och omsorgsboenden som genomfördes under första kvartalet 2022 med en svarsfrekvens motsvarande 41 procent. Det är fortsatt bra siffror utifrån att verksamheterna fortfarande följde Smittskydd Stockholms riktlinjer med begränsade möjligheter till gruppaktiviteter, lokala besöksrutiner samt att personalen fortfarande bar munskydd exempelvis vid måltidssituation. Undersökningen visar att 77 procent av de svarande känner sig trygga på sitt äldreboende (år 2020: 80 %). 68 procent känner sig nöjda med sitt boende (år 2020: 75 %), 89 procent är nöjda med personalens bemötande (år 2020: 91 %). Solnas resultat för vård och omsorgsboende är fortsatt bra, men resultaten är något sämre än resultatet för Stockholms län och riket. Generellt har resultaten förändrats i en negativ riktning, vilket Socialstyrelsen menar bör ses i kontexten att pandemin (Covid-19) pågått i två år när svaren samlades in.

Som komplement till resultaten i de nationella brukarundersökningarna genomför nämnden kontinuerligt individuppföljningar med fördjupade kvalitetsfrågor av de boendes upplevelse av bemötande och trygghet. Uppföljningen visar att merparten av de boende upplever att de alltid/oftast får ett bra bemötande från personalen och majoriteten av de boende känner sig alltid/oftast trygga. Detta resultat är i linje med föregående års resultat.

Viktiga aktiviteter som bidrar till måluppfyllelse är:

- Utförarna har utifrån resultat av avtalsuppföljningen och anbudsuppföljning från 2021 gjort egna utvecklingsplaner med planerade aktiviteter för bland annat bättre bemötande, ökad trygghet och nöjdhet. Aktiviteter och resultat planeras att följas upp enligt omvårdnadsnämndens uppföljningsplan för 2022.
- För att stödja målet och som ett led i det strategiska kompetensutvecklingsarbetet har 15 chefer och medarbetare deltagit i ledarskapsutbildningen; "En hållbar ledare i en föränderlig värld".
- Staden har rekviderat stimulansmedel för att arbeta med olika projekt i syfte att höja kvaliteten i verksamheterna. Ett av projekten som pågått under året är verksamhetsnära lärande. Med stöd av satsningen Äldreomsorgslyftet har hittills i år fem medarbetare påbörjat sin utbildning till undersköterska och 18 undersköterskor sin specialistutbildning för undersköterskor.
- Aktiviteter för att höja kompetensen har fortlöpt under våren på "Metodikum Solna" ett kliniskt träningscentrum som ger vård- och omsorgsmedarbetare möjlighet att träna på sina kliniska färdigheter för att bibehålla och utveckla sin kompetens.
- Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har genomfört nätverksträffar med fysioterapeuter och arbetsterapeuter från vård- och omsorgsboende, varav ett med demensstema. Föreläsare delgav deltagarna ny kunskap med fokus på metoder inom rehabilitering för personer med demenssjukdomar.
- Verksamheterna har fortsatt att registrera och arbeta med tillgängliga kvalitetsregister för att stödja målet.

Solnabor som har hemtjänst ska ha möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden.

 Målet uppfylls till stor del i år

Måluppfyllelsen för trygghet, gott bemötande och nöjdhet mäts i första hand genom nationella brukarundersökningar för hemtjänst vilken genomfördes under första kvartalet 2022, innan dess genomfördes undersökningen år 2020. Undersökningen visar att 81 procent (2020: 81 %) av kunderna uppger att de känner sig trygga med att bo hemma med stöd av hemtjänst och 94 procent (2020: 97 %) uppger att de får bra bemötande av hemtjänstpersonal. Solnas resultat för hemtjänsten är jämförbart med Stockholms län men något sämre än riket. Generellt har resultaten förändrats i en negativ riktning vilket Socialstyrelsen menar bör ses i kontexten att pandemin (Covid-19) pågått i två år när svaren samlades in.

Som komplement till resultaten i de nationella brukarundersökningarna genomför nämnden kontinuerligt under året individuppföljningar med fördjupade kvalitetsfrågor av kundernas upplevelse av bemötande och trygghet. Under året har hittills totalt 72 individuppföljningar inom hemtjänst genomförts, varav 61 personer har besvarat de kvalitetsfrågor som ställts. Svaren visar att 100 procent (2021: 99 %) av brukarna alltid eller oftast upplever att de blir väl bemötta av hemtjänsten och 98 procent (2021:100 %) av de tillfrågade känner sig trygga med sin hemtjänst.

Nämndens förebyggande verksamhet har hittills haft kontakt med och genomfört cirka 200 hembesök hos 80- och 90-åringar.


Ett samarbete mellan nämnden och Region Stockholm har startats upp inom ramen för God och nära vård. Syftet är att förbättra samverkan i samband med utskrivning med sikte på att minska återinskrivningar/undvikbar slutenvård.

För att motverka bedrägerier har informationsmaterial från polisen delats ut till utförare för distribution och information till personer med hemtjänst. Vid kännedom om pågående bedrägerier mot äldre har information från nämnden snabbt gått ut till målgruppen med hemtjänst.

Viktiga aktiviteter som bidrar till måluppfyllelse är:

- Utförarna har fått resultatet av avtalsuppföljningen och har gjort egna utvecklingsplaner med planerade aktiviteter för bland annat bättre bemötande, ökad trygghet och nöjdhet. Aktiviteter och resultat kommer att följas upp enligt omvårdnadsnämndens uppföljningsplan för 2022.
- Verksamheterna har fortsatt att följa upp personalkontinuiteten för hemtjänstkunder som har flera hjälpinsatser per dag. Varje månad följs statistiken upp i ett verksamhetssystem med återkoppling till utförarna. Personalkontinuiteten i hemtjänsten ligger på en fortsatt god nivå, 11 personal på två veckor hos hemtjänstkunder som har minst tre besök per dag.
- För att stödja målet och som ett led i det strategiska kompetensutvecklingsarbetet har 15 chefer och nyckelpersoner inom hemtjänsten deltagit i ledarskapsutbildningen; "En hållbar ledare i en föränderlig värld".
- Staden har rekviderat stimulansmedel för att arbeta med olika projekt i syfte att höja kvaliteten i verksamheterna. Genom "Äldreomsorgslyftet" utbildar sig 13 medarbetare inom hemtjänsten till undersköterskor och en medarbetare till vårdbiträde.
- En utökad uppföljning av hemtjänstutförare har påbörjats under året med bakgrund att välfärdsbrott har upptäckts i andra kommuner. Denna uppföljning genomförs för att bland annat säkerställa att personer med hemtjänst får det stöd de har beviljats.
- Arbetet har fortsatt med att införa digitala lösningar inom hemtjänsten. Digitala alternativ utreds för hemtjänstinsatsen inköp för att öka kvaliteten på insatsen och förbättra arbetsmiljön för personalen. Digital fixare har fortsatt sitt arbete i att stödja äldre med ökad digital kompetens, bland annat genom att i samverkan med polisen anordna träffar för äldre med fokus på att förhindra bedrägerier på internet.
- Demenscertifiering av medarbetare som arbetar på avdelningen för myndighetsutövning inklusive hemgångsteamet har genomförts och 24 medarbetare deltog i utbildningen.

Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro.

 Målet uppfylls i år

Måluppfyllelsen mäts främst i nationella brukarundersökningar som genomförs vartannat år samt kvalitetsfrågor som ställs vid individuppföljningar. Brukarna i undersökningarna är personer med boendestöd, personer med funktionsnedsättning som bor i grupp- eller servicebostäder samt personer som deltar i daglig verksamhet. Nästa brukarundersökning genomförs 2023. Under delåret 2022 har nämnden fortsatt att mäta brukarnas upplevelse med fördjupade kvalitetsfrågor i samband med individuppföljning.

För gruppboendestäder ställdes kvalitetsfrågorna till 35 brukare, varav 21 personer svarat på frågorna. Svaren på kvalitetsfrågorna visar att 100 procent av de tillfrågade upplever att de alltid eller oftast får ett bra bemötande från personalen, alltid eller oftast känner sig trygga och alltid eller oftast får vara med och bestämma vilken hjälp de får.

För servicebostäder har kvalitetsfrågor ställts till 23 brukare, varav 20 personer svarat på frågorna. Svaren på kvalitetsfrågorna visar att 100 procent alltid eller oftast får ett bra bemötande från personalen och alltid eller oftast får vara med och bestämma vilken hjälp de får. Andelen som alltid eller oftast känner sig trygga är 95 procent.

Verksamheterna har arbetat vidare med identifierade utvecklingsområden från 2021 års avtalsuppföljningar. 2022 års avtalsuppföljningar genomförs under hösten.

Viktiga aktiviteter som bidrar till måluppfyllelse är:

- Efter att trygghet identifierats som ett gemensamt utvecklingsområde efter brukarundersökningen 2021 har cheferna enats om att arbeta aktivt med trygghetsfrågor i verksamheterna.
- För att stödja målet och som ett led i det strategiska kompetensutvecklingsarbetet har 12 chefer och nyckelpersoner inom grupp- och servicebostäder samt daglig verksamhet deltagit i ledarskapsutbildningen; "En hållbar ledare i en föränderlig värld".
- Staden har rekviderat stimulansmedel för att höja habiliteringsersättningen till personer med daglig verksamhet. Modellen för fördelning av ersättningen har uppdaterats och förenklats i sin utformning.
- Initiativ har tagits tillsammans med utförare för att utveckla och inspirera brukargruppen i demokrati frågor och en studiecirkel påbörjas under hösten 2022.
- Kompetenshöjande insatser i form av olika utbildningar har erbjudits vård- och omsorgspersonal inom funktionshinderområdet. Totalt har 29 medarbetare deltagit i Forum Carpes utbildningar.

Den besvärande ensamheten bland solnabor, som har hemtjänst eller som är boende på vård- och omsorgsboende, ska minska.

 Målet uppfylls till stor del i år

Måluppfyllelsen gällande den besvärande ensamheten mäts i första hand genom årliga nationella brukarundersökningar för vård- och omsorgsboende och hemtjänst samt biståndshandläggarnas individuppföljningar. Brukarundersökningen för vård och omsorgsboende 2022 visar att 68 procent av de svarande besväras ibland/oftast av ensamhet (år 2020: 71 %). Brukarundersökningen för 2022 visar även att 59 procent av personer med hemtjänst ibland/oftast besväras av ensamhet (år 2020: 55 %). Solnas resultat för vård- och omsorgsboenden är något bättre medan resultatet för hemtjänsten är något sämre än Stockholms län och riket.

Arbetet med individuppföljningar inom hemtjänsten och på vård- och omsorgsboendena har pågått kontinuerligt under året, där också kvalitetsfrågor ställs av handläggare till hemtjänstkunderna. Under perioden har totalt 72 individuppföljningar med fördjupade kvalitetsfrågor genomförts inom hemtjänst och totalt har 61 kunder besvarat de kvalitetsfrågor som ställts. När det gäller ensamhet är det 12 procent som upplever ensamhet som ett visst eller ett stort problem medan 88 procent inte upplever detta som ett stort problem. Uppföljningarna av de boende som bor på vård och omsorgsboende visar att majoriteten till viss del besväras av ensamhet.

Nämndens arbete för att öka hälsa, välbefinnande och livsglädje hos äldre har fortsatt under året. Det har skett bland annat genom samverkan med förvaltningen för arbetsmarknad, kultur och fritid, frivilligorganisationer samt andra volontärer och har som syfte att bryta social isolering, ge social stimulans och erbjuda friskvårds- och/eller kulturaktiviteter. Nämnden fortsätter arbetet med att erbjuda personer med en demenssjukdom och deras anhöriga stöd för att motverka social isolering.

Wi-Fi har installerats i gemensamma utrymmen och i lägenheter på vård- och omsorgsboenden för att underlätta kommunikation och kontakt med närstående liksom möjligheten att använda appar, läsa tidningen, spela spel med mera. Digitala möten är en etablerad arbetsform inom och mellan organisationer men erbjuds också som kontaktväg för kunder och brukare.

Viktiga aktiviteter som bidrar till måluppfyllelse är:

- Verksamheternas arbetssätt för att systematiskt minska den besvärande ensamheten på vård- och omsorgsboende har utvecklats.
- För att minska den besvärande ensamheten har välfärdsteknik köpts in för att främja en meningsfull tillvaro.
- För att stödja målen har videosamtal fortsatt erbjudas till de boende och anhöriga.
- Webbaserade utbildningar "Om hörsel" samt "Lågaffektivt bemötande" har tagits fram och tillgängliggjorts för medarbetare
- Utbildning i taktill massage har genomförts för 40 medarbetare från vård och omsorgsboende
- Projekten "Digital fixare" och "Välfärdsbiblioteket" har pågått under året för att minska det digitala utanförskapet och den besvärande ensamheten.

Uppdrag

Nämnden har inga uppdrag under innevarande år.

Ekonomisk analys

Driftredovisning

Verksamhetens nettokostnader uppgår till 562,9 mkr, vilket är en minskning med 5,4 mkr (0,9 %) jämfört med föregående år.

Nämndens intäkter ger ett överskott motsvarande 32,4 mkr jämfört med föregående år vilket förklaras nedan.

Taxor och avgifter har ökat sina intäkter med 1,1 mkr (6 %) på grund av årlig prisjustering och fler omsorgstagare jämfört med föregående år.

Hyror och arrenden har ökat med 1,4 mkr (6,5 %), vilket förklaras av årlig prisjustering och fler omsorgstagare jämfört med föregående år.

Bidrag har i perioden ökat med 21,8 mkr (44 %) varav 5 mkr beror på att nämnden har nyttjat mer stimulansmedel jämfört med samma period föregående år. 16,8 mkr avser stimulansmedel som ej har nyttjats under föregående år och som har återbetalats till Socialstyrelsen. En kostnadspost på samma belopp framgår i kolumnen övriga kostnader.

Interna intäkter har ökat med 7,2 mkr vilket förklaras av att hemtjänst har ökat sin omsättning med 8 procent jämfört med samma period föregående år vilket påverkar intern intäkt positivt och intern kostnad negativt .

Nämnden har 27,1 mkr i ökad kostnad jämfört med föregående år vilket förklaras nedan.

Nämndens personalkostnader har ökat med 6,7 mkr (3,4%) vilket förutom årlig lönerrevision förklaras av personal som går utbildning och därmed behöver ersättas av vikarier vilket finansieras med stöd av stimulansmedel.

Övriga kostnader visar en kostnadsökning med 15,2 mkr jämfört med föregående år varav 16,8 mkr avser återbetalning av ej förbrukade stimulansmedel som ej har nyttjats under föregående år. Justerat för detta så har nämnden en kostnadsminskning med 1,6 mkr.

Totalt ger ovanstående en minskad nettokostnad motsvarande 5,4 mkr jämfört med samma period föregående år.

Nämndens budgetavvikelse uppgår till 50,5 mkr vilket förklaras nedan.

Taxor och avgifter, hyror och arrenden och övrig intäkter ger ett utfall motsvarande 55,6 mkr och har en budget motsvarande 44,3 mkr, vilket ger en positiv budgetavvikelse på 11,3 mkr.

Bidrag har ett överskott på 23,1 mkr varav 6,3 mkr avser stimulansbidrag som har nyttjats under 2022. 16,8 mkr förklaras av återförd intäkt för stimulansmedel tillhörande 2021.

Personalkostnader har 4 mkr i högre kostnad jämfört med budget, vilket förklaras av personal som går utbildning och därmed behöver ersättas av vikarier vilket finansieras av stimulansmedel samt högre bemanning inom Humaniora hemtjänst på grund av fler omsorgstagare jämfört med budgeterad nivå.

Köp av verksamhet har 44,0 mkr lägre kostnad jämfört med budget varav 9,0 mkr avser hemtjänst, 4,4 mkr korttidsvård, 1,4 dagverksamhet, 19,0 mkr särskilt boende och 9 mkr LSS. Förklaringen till avvikelser är att nämnden fortsatt har tomplatser inom särskilt boende och korttidsverksamhet, uppstart av ny LSS-verksamhet som inte har fakturerat full kapacitet under uppstarten samt prisjusteringar.

Lokalkostnader har en negativ avvikelse med 5,0 mkr i jämförelse med budget.

Övriga kostnader ligger över budget med 19,1 mkr varav 2,3 mkr avser kostnader för tjänster som har utförts av våra entreprenörer. 16,8 mkr avser återbetalning av outnyttjade stimulansmedel för 2021.

Interna kostnader ligger över budget på grund av ökat antal omsorgstagare inom hemtjänst.

Resultaträkning (mkr)	2022	2021	% 22/21	Budget- avvikelse	Budget	Prognos	Prognos- avvikelse
Taxor och avgifter	19,4	18,3		-4,9	36,3	29,1	-7,2
Hyror och arrenden	23,1	21,7		3,0	30,1	34,7	4,6
Bidrag	71,3	49,5		23,1	72,2	89,9	17,7
Försäljning av verksamhet	1,3	1,0		1,3	0,0	2,0	2,0
Övriga intäkter	13,2	12,4		13,2	0,0	19,7	19,7
Intern intäkt peng (kto 39)	123,7	116,5		2,3	182,0	185,5	3,5
Summa intäkter	251,9	219,5	14,8 %	38,2	320,6	360,9	40,3
Personalkostnader	-186,0	-179,3		-4,0	-273,0	-280,5	-7,5
Köp av verksamhet/tjänster	-399,1	-400,3		44,0	-664,7	-601,2	63,5
Lokalkostnader	-55,1	-54,1		-5,3	-74,7	-82,6	-7,9
Kapitalkostnader	-0,6	-2,2		-0,6	0,0	-0,9	-0,9
Övriga kostnader	-50,3	-35,1		-19,1	-46,9	-75,5	-28,6
Intern kostnad peng (kto 77)	-123,7	-116,7		-2,6	-181,6	-185,5	-3,9
Summa kostnader	-814,8	-787,7	3,4 %	12,4	-1 240,9	-1 226,3	14,6
Verksamhetens nettokostnader	-562,9	-568,3	-0,9 %	50,5	-920,2	-865,4	54,8

Nämndens helårsprognos ger ett överskott på 54,8 mkr i förhållande till budget och hänsyn är tagen till full årseffekt av kostnadsökningar utifrån prisjusteringar och beläggningstal.

Verksamheter

Verksamheter (mkr)	2022	2021	% 22/21	Budget- avvikelse	Budget	Prognos	Prognos- avvikelse
Nämndverksamhet	-0,5	-0,5		0	-0,7	-0,7	0,0
Äldreomsorg hemtjänst	-127,2	-118,5		3,5	-196,2	-196,4	-0,2
Äldreomsorg särskilt boende	-243,9	-252,5		29	-409,2	-375,7	33,5
Insatser enligt LSS	-151,5	-147,2		15	-250,0	-234,9	15,1
Insatser personer m funktionsnedsättning	-3,8	-5,3		1	-7,1	-5,7	1,4
Turbundna resor	-6	-3,9		-1,5	-6,8	-9	-2,2
Förvaltningsgemensam verksamhet	-30	-40,4		3,5	-50,2	-43	7,2
Verksamhetens nettokostnader	-562,9	-568,3	-1,0	50,5	-920,2	-865,4	54,8

Hemtjänsten har ökat sina nettokostnader med 8,7 mkr (7,3 %) jämfört med föregående år medan särskilt boende har minskat med 8,6 mkr. Ökningen inom hemtjänst beror på att kostnaden för verksamhetssystem nu redovisats på rätt verksamhet direkt när kostnaden uppstår. Minskningen inom särskilt boende förklaras av en annan periodisering av intäkter och kostnader jämfört med föregående år. Jämfört med budget så har hemtjänsten 3,5 mkr lägre kostnad och där sommarmånaderna har påverkat kostnaderna då man inte brukar hemtjänst i samma omfattning som övriga månader. Särskilt boende har 29 mkr i lägre kostnad jämfört med budget på grund av fortsatt stängda platser i kombination med att nämnden har kunnat återöppna en större volym av stimulansmedel jämfört med vad som är budgeterat för innevarande år.

LSS har ökat sina nettokostnader med 4,3 mkr (3,9 %) jämfört med föregående år och beror bland annat på en högre prisjustering inom assistans (4,7 %) och helårseffekt för uppstart av Södra Långgatan, nytt gruppboende inom LSS.

Insatser för personer med funktionsnedsättning har i perioden minskat med 1,5 mkr i jämförelse med föregående år, vilket förklaras av att kostnaderna redovisas på rätt verksamhet direkt när kostnaden uppstår och inte i efterhand. Insatser enligt LSS avviker med 15 mkr i lägre kostnad jämfört med budget men som förklaras av att prisjusteringar inte har fallit ut, senarelagd kostnad utifrån beläggning av Södra Långgatan.

Turbundna resor har en ökad nettokostnad med 2,1 mkr jämfört med föregående år då våra medborgare höll sig hemma mer på grund av pandemin. Turbundna resor avviker negativt med 1,5 mkr jämfört med budget, vilket beror på reviderat avtal för resor och som har en högre prisnivå på grund av högre kostnader för drift.

Förvaltningens gemensamma nettokostnader har i perioden minskat med 10,4 mkr och beror i huvudsak på att nämnden har styrt om kostnaderna utifrån vilken verksamhet de tillhör istället för att omfördela utifrån en schablon. Vidare påverkar lägre personalkostnader på grund av vakanser nettokostnaderna i perioden. Förvaltningsgemensam verksamhet avviker positivt med 3,5 mkr jämfört med budget.

Investeringsredovisning

I perioden har 0,6 mkr av investeringsbudgeten förbrukats utifrån uppstart av ett nytt gruppboende inom LSS.

Årets prognosticerade investeringsutfall uppgår till 1,0 mkr vilket är en avvikelse med 0,5 mkr i jämförelse med årets investeringsbudget Under 2021 och 2022 har en genomlysning av investeringsprocessen samt anläggningsregistret genomförts i staden. Detta har inte inarbetats i budgetramen för 2022, vilket påverkar avvikelserna mellan årets investeringsbudget och investeringsutfall. Genomlysningen har bland annat resulterat i ett förtydliggörande av stadens anvisning för gränsdragning mellan investeringsutgifter och driftkostnader samt en förändring av beloppsgränsen för en investeringsutgift

Investeringsredovisning (mkr)	2022	2021	Differens 22/21	Återstår av årsbudget	Budget	Prognos	Prognos-avvikelse
Verksamhetens investeringar	0,6	0,4	0,2	0,9	1,5	1,0	0,5

Väsentliga personalförhållanden

Kompetensutveckling

Förvaltningen arbetar systematiskt med kompetensutveckling som en viktig del i förvaltningens strategi för kompetensförsörjning.

Samtliga biståndshandläggare på myndighetsavdelningen och hemgångsteamet har Silviahemscertifierats vilket innebär att de gått en tredagars grundutbildning i demenskunskap rörande bland annat demenssjukdomar, bemötande och anhörigstöd. Därutöver har ledare gått en arbetsledarutbildning med betoning på att leda teamarbete. Några handläggare har fått ytterligare utbildning och redskap i att leda sina kollegor vid reflektionsstunder.

Handläggarna har även fått juridisk handledning samt utbildning i nya moduler i verksamhetssystemet Lifecare under våren.

Utbildning i basala hygienrutiner med återkommande praktiska övningar i hur utrustningen ska användas har fortsatt även under 2022. Informationsmaterial om detta på såväl svenska som andra språk finns.

En satsning i att utbilda språkombud på särskilda boenden startade 2021 och har fortsatt under 2022. Hittills har sju språkombud utbildats på två boenden. Ett pilotprojekt med språkappar för hemtjänstpersonal pågår och ska fortsätta under året.

Ett digitalt utbildningspaket i yrkessvenska för vård och omsorgspersonal prövades i några hemtjänstgrupper. Efter utvärdering beslutades pilotprojektet förlängas året ut.

Inom demensområdet fortsätter utbildning i att bemöta personer som har Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens (BPSD). BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att minska förekomst och allvarlighetsgrad av ångest, hallucinationer, ätstörningar och andra BPSD-symptom. 16 medarbetare från två särskilda boenden har utbildats till BPSD-administratörer. En efterföljande demenscoachutbildning har pågått under våren. I denna lyfts bland annat anhörigperspektivet och vikten av lågaffektivt bemötande vid BPSD-problematik.

Omvårdnadspersonal har erbjudits utbildning i taktil massage. Meningen med taktil beröring är att skapa välbefinnande, minska stress, oro, illamående, ångest, lindra smärta och uppnå god hälsa trots sin diagnos. Hittills har cirka 50 personer från tre särskilda boenden genomgått utbildningen. En uppföljning kommer göras för att se hur massagen påverkat de brukare som fått denna typ av beröring. Fler medarbetare kommer att erbjudas utbildningen under hösten.

Europeiska socialfonden har finansierat projektet Digitalt medarbetarskap som har pågått sedan 2018 för att ge personal och chefer inom egen regi kompetensutveckling i digitalisering. I februari 2021 startade en utvecklingsinsats kring förändringsledning och att leda digitalisering för omvårdnadsförvaltningens samtliga chefer. Satsningen har bidragit till att ge cheferna konkreta verktyg och metoder att använda i verksamheterna. Projektet avslutades i februari 2022.

Under våren avslutades ledarskapsutbildningen för chefer och nyckelpersoner hos de privata utförarna inom vård och omsorg. Utbildningen fokuserade på de områden som bedöms som viktigast för chefer och nyckelpersoner inom vård och omsorg. Med utgångspunkt från deltagarnas egen arbetsvardag blandades användbara teorier med övningar. Stor vikt har lagts vid att förstå sin ledarroll i förhållande till den struktur man jobbar i och de resurser som finns till hands. Utbildningen som varvats med handledning var mycket uppskattad.

Träningscentret Metodikum fortsätter att användas för vård- och omsorgspersonal för att färdighetsträna olika praktiska moment. Instruktörer från flera olika verksamheter har utbildats som ansvarar och förbereder den praktiska träningen. Utbildning i munhälsa, sårvård och luftstopp har genomförts.

Nämnden har rekviderat statliga medel genom Äldreomsorgslyftet för att genomföra kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen. Ett fyrtiotal medarbetare har tagit del av satsningen, därutöver tillkommer nya studerande under hösten.

Förebyggande hälsoarbete

Inom förvaltningen pågår ett strukturerat arbete med fokus på faktorer som bidrar till ökad hälsa och till hållbar arbetshälsa över tid med aktiviteter som främjar, förebygger och rehabiliterar. Förvaltningen har utsedda hälsoombud som stödjer cheferna i att arbeta hälsofrämjande.

Sjukfrånvaro

Den totala sjukfrånvaron inom förvaltningen för januari - juli 2022 är 9,3 procent att jämföra med 8,6 procent för samma period 2021. Korttidssjukfrånvaron är 3,9 procent att jämföra med 3,4 procent för 2021. Långtidssjukfrånvaron är 2,8 procent att jämföra med 3,6 procent för 2021. Verksamheterna arbetar systematiskt i enlighet med rehabiliteringsprocessen för en minskad kort- och långtidssjukfrånvaro.

Medarbetarundersökning - Hållbart medarbetarengagemang, HME

Medarbetarundersökningens resultat 2021 avseende HME (83,8) ligger kvar på en hög nivå. Resultatet visar att cheferna i hög grad visar uppskattning, förtroende och möjliggör att medarbetarna kan ta ansvar. Även chefernas arbetssätt att målstyra får höga resultat av medarbetarna. De utvecklingsområden som förvaltningen börjat arbeta med under 2022 är motivation, att utvecklas och lära nytt i det dagliga arbetet samt delaktighet.

Periodutfall	2022	2021	Förändring
Antal anställda	443	447	-4
- varav kvinnor	333	344	-11
- varav män	110	103	7

Antal årsarbetare i snitt	375,7	379,4	-3,7
Sjukfrånvaro, %	9,3	8,6	0,7
Hållbart medarbetarengagemang-index (HME)	-	83,8	
Fotnoter:			
<i>Antal årsarbetare i snitt avser överenskommen sysselsättningsgrad.</i>			

HME undersökning genomförs varje höst

Tvärsektoriella frågor

Solna stad har väl utvecklade metoder för att arbeta med de tvärsektoriella frågorna; internationellt arbete, likabehandlingsarbete samt strategiskt miljö- och klimatarbete. Kommunstyrelsen, kommittéer och råd skapar tillsammans med stadsledningsförvaltningen förutsättningar för arbetet bland annat genom styrdokument, kunskapsuppbyggnad, erfarenhetsutbyte och samarbete. Nämnderna har uppdraget att använda de tvärsektoriella perspektiven för att utveckla den egna verksamheten och stödja nämndens måluppfyllelse. Det tvärsektoriella arbetet följs upp i delårsrapport och årsredovisning.

Internationellt

Nämndens internationella arbete används huvudsakligen som metod för verksamhets- och kvalitetsutveckling.

Omvårdnadsnämndens arbete med de internationella frågorna är bland annat kopplade till nämndmålen som inkluderar trygghet, bemötande och nöjdhet samt att motverka social isolering.

Långsiktiga relationer - framgångsfaktor i internationellt arbete

Nämnden deltar i Eurocities, Social Affairs forum framför allt i arbetsgruppen Urbant åldrande (urban ageing). Tre personer från ledningsgruppen representerar omvårdnadsnämnden i såväl forumet, arbetsgruppen som i stadens Eurocities-nätverk. Under perioden har såväl fysiska som digitala möten anordnats. Nätverket har under pandemin fokuserat på att samla och sprida goda exempel på hur städer arbetat för att tackla pandemins utmaningar och säkra service till medborgarna. Det kollegiala utbytet av erfarenheter har varit mycket intressant att ta del och inspireras av. Ett exempel är hur arbetet med att motverka social isolering/ensamhet är strukturerat. En annan intressant trend bland deltagande städer är utvecklingen av generationsöverskridande mötesplatser och boendeformer. Erfarenheter som har tagits tillvara i omvårdnadsnämndens och kultur- och fritidsnämndens gemensamma utvecklingsarbete kring mötesplatser.

I juni deltog nämndens representanter i arbetsgruppen Urbant åldrandes möte i Oslo. Ämnet för mötet var att visa på exempel på hur man såsom i Oslo kan arbeta med att bli en äldrevänlig stad. Ett sätt är att förbättra möjligheten för äldre att bevara sin självständighet så länge som möjligt vilket är en nödvändighet med tanke på den växande andelen äldre och de svårigheter att rekrytera personal som samtliga deltagarstäder upplever. En annan utmaning är hur vi ska kunna möta det ökade behovet av stöd och att göra arbetet inom vård och omsorg mer attraktivt.

Omvårdnadsnämnden har under flera år haft ett erfarenhetsutbyte med ett kanadensiskt universitet där elever som studerar skandinavisk äldreomsorg vid ett flertal tillfällen besökt Solna. En ny grupp studenter besökte Solna i maj. Fokus för besöket var förebyggande verksamhet. Studenterna gav en bild av kanadensiskt perspektiv på aktivt och hälsosamt åldrande. Omvårdnadsnämnden presenterade sin förebyggande verksamhet bland annat Hälsoprojektet i samarbete med Gymnastik och idrottshögskolan. Avslutningsvis gjordes ett studiebesök på vård- och omsorgsboende samt visning av välfärdsbiblioteket och information om den digitala fixaren.

Fokus på verksamhets- och kvalitetsutveckling

Digitaliseringen har stor påverkan på omvårdnadsnämndens ansvarsområde och verksamheterna behöver anpassas utifrån detta. Den digitala utvecklingen ger möjligheter att höja kvaliteten inom vård och omsorg, skapa effektivare arbetssätt samt underlätta rekrytering av chefer och omvårdnadspersonal i framtiden.

Omvårdnadsförvaltningen har deltagit tillsammans med barn- och utbildningsförvaltningen i projektet Digitalt medarbetarskap som har letts av stadsledningsförvaltningen. Projektet som avslutades i februari har givit möjlighet till målgruppsanpassad digital kompetensutveckling för medarbetare inom vård och omsorg baserat på medarbetares specifika förutsättningar och behov. Projektutvärderingar har visat på mycket goda resultat. Intresset för projektet och dess resultat har varit mycket stort. Projektet kommer att uppmärksammas genom en artikel på Eurocities webbplats.

Likabehandling

Nämndens likabehandlingsarbete syftar till att utveckla nämndens verksamhet och måluppfyllelse samt att säkerställa ett likvärdigt bemötande och service. Det arbetet syftar till att utveckla nämndens verksamhet och dess kvalitet. Nedan beskrivs likabehandlingsarbetet under året.

Arbetet mot våld i nära relationer som även omfattar hedersvåld riktar sig både till stadens äldre och till personer med funktionsnedsättning. Samverkansrutiner är framtagna mellan omvårdnadsförvaltningen och socialförvaltningen.

Handläggarna på avdelningen för myndighetsutövning har utbildats i normkritiskt tänkande, likabehandling och att arbeta för att undvika kränkande särbehandling. Under året har biståndshandläggarna på avdelningen för myndighetsavdelning genomgått Silviahems-certifiering.

Information om likabehandlingsarbete ingår som en naturlig del i introduktionen av nyanställda och som en grund i ledarskapsutbildningen i staden.

Upphandling enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) innebär för äldre och för personer med funktionsnedsättning en ökad valfrihet i valet av utförare av beviljade insatser.

Initiativ har tagits tillsammans med utförare för att utveckla och inspirera omsorgstagare som får stöd enligt LSS i demokratifrågor. Studiecirkel påbörjas i början på hösten 2022.

Miljö och klimat

Nämndens miljöarbete utgår från den av kommunfullmäktige antagna miljöpolicyen med tillhörande miljöstrategi samt nämndens nämndmål. Nedan beskrivs de huvudsakliga aktiviteterna inom miljöområdet under året utifrån miljöpolicyens fokusområden.

För att styra mot de övergripande målen för miljöarbetet i staden fortsätter nämnden sitt arbete med att samverka med stadens verksamheter för att köpa eldrivna cyklar och bilar. De bilar som utgör bilflottan inom nämndens verksamheter är främst kopplade till hemtjänst samt natt och larmpatrull. Arbetet med att digitalisera natttillsynen har fortsatt under 2022 och myndighetsavdelningen fortsätter att erbjuda trygghetskamera i första hand hos de kunder som har behov av natttillsyn som insats. Detta har medfört minskat bilåkande för nattpatrullen. Humaniora hemtjänst har satsat på att öka antalet elcyklar och vanliga cyklar för medarbetarna. Vårdplaneringar har till största utförts via videolänk, vilket har minskat antalet bil- och taxiresor. Även myndighetsavdelningen har under perioden införskaffat fler elcyklar som används vid hembesök och vid de vårdplaneringar som inte sker via videolänk. Nämnden planerar att stegvis byta ut fordonsflottan mot eldrivna bilar. En fortsatt utmaning har varit att få ett antal parkeringsplatser med laddningsmöjlighet i anslutning till Humanioras hemtjänstlokaler.

Källsortering av hushållssopor sker på samtliga vård- och omsorgsboenden. För att minska mängden plast finns plastkvarnar i verksamheter där behov finns. Plastkvarnar komprimerar plastmängden och därmed minskar antalet transporter. Just nu finns plastkvarnar på tre vård- och omsorgsboenden. Nämnden ser över möjligheten att installera balpressar för att komprimera pappersmängden och därmed antalet transporter, en balpress har installerats på ett vård- och omsorgsboende. I dagsläget finns matavfallssortering på flera verksamheter. Nämnden planerar att införa matavfallssortering och matavfallshämtning på fler verksamheter. Miljökrav har ställts i genomförda upphandlingar, bland annat krav på att införa sortering av matavfall. Dialog med verksamheterna om att mäta matavfall har påbörjats.

Energibesparande åtgärder i de allmänna ytorna har genomförts under några år på samtliga vård- och omsorgsboenden. Det har skett genom utbyte av befintliga armaturer till LED-armaturer och i vissa fall närvarostyrd belysning.

Förrådet med begagnade möbler är ett förråd där många verksamheter hämtar möbler och byter ut vid behov. Resultatet blir att verksamheterna får lägre inköpskostnader och samtidigt bidrar till miljö- och klimatvänlig hantering.

De genomförda aktiviteterna har bidragit till genomförande av Solna stads miljöstrategi, särskilt fokusområdet en effektiv resursanvändning.

Förväntad utveckling

Pågående pandemin (Covid-19)

Nämnden kommer utifrån Folkhälsomyndighetens anvisningar fortsätta sitt arbete med att förhindra smittspridning av Covid-19. I samverkan med Region Stockholm sker provtagning och smittspårning samt vaccination i nämndens verksamheter.

Prognos för verksamheter

I Solna ökar antalet äldre i långsammare takt och i ett senare skede i jämförelse med riket. Andelen äldre har minskat kontinuerligt i Solna sedan början av 1990-talet och Solna är en av få kommuner i landet där andelen äldre i befolkningen beräknas minska fram till 2025. Åldersgruppen äldre än 90 år, där behovet av omsorg är störst, förväntas fortsatt att minska under de kommande tio åren. En ökning förväntas de kommande fem åren istället främst i åldersgruppen 80-89 år. Antalet personer i åldern 45-65 har de senaste åren bedömts lägre jämfört med tidigare befolkningsprognoser, vilket påverkar utvecklingen av behov av vård och omsorg till omvårdnadsnämndens målgrupp även på längre sikt.

Behovet av äldreomsorg i Solna har också påverkats av pandemin (Covid-19). Det framtida behovet av hemtjänst förväntas öka både till antal personer och i omfattning, medan behovet av platser vid vård- och omsorgsboenden är mindre än vid tidigare bedömningar av befolkningsutvecklingen. Omvårdnadsnämnden bedömer också att behovet av andra boendeformer än demens- och omvårdnadsplatser ökar under prognosperioden, samt att antalet personer över 65 år med behov av boendestöd kommer att öka i närtid.

Den tidigare utvecklingen mot ökat behov inom LSS har stannat av något de gångna två åren, vilket också framgår av nationella jämförelser. Omvårdnadsnämnden bedömer att behovet av gruppboenden är högre än av serviceboenden i närtid och att staden kan möta behovet utifrån nuvarande bestånd och planering.

Välfärdsteknik och nya arbetssätt

Välfärdsbehoven ökar till följd av att antalet äldre ökar samtidigt som befolkningen i arbetsför ålder inte ökar i samma takt. Denna utveckling ställer sammantaget krav på att utveckla omvårdnadsnämndens verksamhet och arbetssätt. Utveckling av välfärdsteknik kommer att vara en viktig del i detta. Den digitala utvecklingen ger möjligheter att skapa effektivare arbetssätt samt underlätta rekrytering av chefer och vårdpersonal i framtiden. Några exempel på utvecklingsområden är förebyggande verksamhet, hemtjänst med ökad digitalisering, installation av Wi-Fi och införande av digital signering för personal på vård- och omsorgsboenden. Arbetet med att införa ett modernare och mer användarvänligt journalsystem för hälso- och sjukvårdspersonal inom egen regi har påbörjats.

Samverkan med Region Stockholm

Ett viktigt utvecklingsområde är samverkan mellan staden och Region Stockholm. Det behöver finnas en god samverkan dels mellan slutenvården, primärvården och staden vid själva vårdövergången, dels mellan primärvården och staden efter hemkomsten från sjukhus. Om övergången till det egna hemmet upplevs som trygg och säker minskar risken för återinläggning till slutenvården samt att behovet av omsorgs- och omvårdnadsbehov samt efterfrågan på alternativt boende minskar vilket innebär att stadens och regionens resurser används på bästa möjliga sätt. Det pågår ett pilotprojekt mellan Region Stockholm och Solna stad med inriktningen att förbättra och utveckla nya arbetssätt mellan två husläkarmottagningar och hemgångsteamet inom hemtjänsten. Faller pilotprojektet väl ut är ambitionen att arbetssättet ska implementeras mellan alla husläkarmottagningar i Solna och hemgångsteamet. Detta är ett led i God och nära vård, det vill säga att den vård som invånaren behöver ofta, ska finnas nära och anpassas efter invånarnas behov. Under pandemin har det varit en tät samverkan mellan nämnden och regionen lokalt med fokus på frågor som berört pandemin och som har letts av nämndens medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS), samt Region Stockholms geografiska samordnare för primärvården. Samverkan fortsätter med fokus på de mest sjuka äldre.

Under år 2022 med fortsättning under 2023 har ett nytt informationsöverföringssystem börjat införas av Region Stockholm för att säkerställa en trygg och säker planering för de patienter som vårdas inom slutenvården och är i behov av kommunala insatser och eller insatser från öppna vården.

Fortsatt kompetenssäkring

En strategi för kompetensutveckling inom äldreomsorgen har utarbetats och implementeras successivt.

Kompetensutveckling och kompetenshöjning inom vård och omsorg behövs för att både bibehålla och utveckla

kvaliteten i verksamheterna. Det är bland annat viktigt att skapa möjlighet för vårdbiträden att utbilda sig till undersköterskor och sjuksköterskor till specialistsjuksköterskor. Utvecklingsprojektet Heltidsresan mellan Kommunal och SKR som ska pågå fram till 2024 drivs för att heltidsarbete ska bli norm i välfärdens kvinnodominerade yrken. Arbetsätt för att rekrytera och behålla sjuksköterskor på vård- och omsorgsboenden ses över.

Konkurrensutsättning

Uppföljning av genomförda upphandlingar

Verksamhetsområde / Avtal	Uppföljning
Ny gruppbostad LSS: Södra Långgatan och Jungfrudansen (2022-02-01, 2022-07-01)	Upphandlingen är avslutad och avtal tecknades under 2021.
Revidering LOV daglig verksamhet enligt LSS	Revideringen är avslutad och nya avtal med befintliga utförare tecknades under april 2022.
Revidering LOV korttidsvistelse enligt LSS	Revidering har påbörjats under 2022 och kommer fortsätta under 2023.

Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljningarna planeras att genomföras under hösten enligt omvårdnadsnämndens uppföljningsplan för 2022.

Intern kontroll

Uppföljning av internkontrollplan

Kategori, intern kontroll	Process/Rutin	Kontrollmoment	Resultat av kontrollmoment
Styrning	Ändamålsenligt it- och verksamhetssystemstöd	Kontroll av att planen för uppföljning av verksamhetsavtal och överenskommelser följs.	● Ingen eller försumbar avvikelse Kontroll av detta moment har genomförts enligt planering.
Medarbetare	Rekrytering och kontinuitet av sjuksköterskor	Kontroll av att månatlig redovisning angående sjuksköterskesituationen görs till medicinskt ansvarig sjuksköterska.	● Ingen eller försumbar avvikelse Redovisning har skett löpande till medicinskt ansvarig sjuksköterska. I redovisning framgår att det finns utmaningar med rekryteringen av ordinarie sjuksköterskor vilket påverkar kontinuiteten.
	Rekrytering av undersköterskor inom hemtjänst och särskilt boende	Andel utbildade undersköterskor och specialistundersköterskor	● Ingen eller försumbar avvikelse Kontroll av detta moment sker under hösten enligt planering.
Ekonomi	Uppföljning av kostnader - Kostnadskontroll	Kontroll av uppföljning enligt stadens anvisningar för budgetuppföljningar, delårsrapporter samt verksamhetsmål. Kontinuerlig uppföljning av nyckeltal. Resultat sammanställs och föredras i nämnden.	● Ingen eller försumbar avvikelse Implementerad rutin med månadsbokslut och avstämning utifrån budget utfall och föregående år
Verksamhet sprocesser	Tillräckligt med skyddsutrustning	Kontroll i samband med avtalsuppföljning.	● Ingen eller försumbar avvikelse Kontroll av att skyddsutrustning finns har genomförts.
	Ändamålsenligt it- och verksamhetssystemstöd	Styrgruppsmöte för systemförvaltning fyra gånger per år.	● Ingen eller försumbar avvikelse Nyrekrytering av samordnare har skett under våren och förvaltningen har haft ett styrgruppsmöte och ett ledningsgruppsmöte med fokus på systemförvaltning. Övriga möten är

Kategori, intern kontroll	Process/Rutin	Kontrollmoment	Resultat av kontrollmoment
			inbokade under hösten.
	Åtkomst till uppgifter i enskildes dokumentation i vård- och omsorgsboende	Kontroll att loggkontroller görs i verksamhetssystem där personuppgifter förekommer.	<p>● Ingen eller försumbar avvikelse</p> <p>Kontroll att loggkontroller görs i verksamhetssystem har genomförts.</p>
	Utlämnande av handlingar enligt GDPR.	Kontroll av att gällande rutiner för utlämnande av handlingar följs genom stickprovskontroller	<p>● Ingen eller försumbar avvikelse</p> <p>Kontroller har genomförts genom stickprovskontroller</p>



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-10-07
ON/2022:1

Verksamhetsplan och budget 2023

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden fastställer förvaltningens förslag till verksamhetsplan och budget inklusive mål, ekonomiska ramar, konkurrensplan och internkontrollplan.

Sammanfattning

Kommunstyrelsen har i planeringsunderlaget för 2023 beslutat om ekonomiska ramar samt fyra nämndmål för omvårdnadsnämnden. Målen är:

- Solnabor som bor på vård- och omsorgsboende ska känna sig trygga, nöjda och få ett gott bemötande,
- Solnabor som har hemtjänst ska ha möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden,
- Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro,
Den besvärande ensamheten bland Solnabor, som har hemtjänst eller som är boende på vård- och omsorgsboende, ska minska

Nämnden har haft fortsatt fokus på att minska smittspridning av den pågående pandemin (Covid-19) under 2022 och detta kommer fortsätta under 2023. I samverkan med Region Stockholm sker provtagning och smittspårning samt vaccination i nämndens verksamheter.

Under pandemin har digitaliseringsfrågorna fått ett större fokus i arbetssätt och metoder men även för enskilda vårdtagare. Den digitala utvecklingen ger möjligheter till att skapa effektivare arbetssätt samt underlätta rekrytering av chefer och vårdpersonal i framtiden.

Seniorträffsverksamheten utvecklas vidare i samverkan med förvaltningen för arbetsmarknad, kultur och fritid, frivilligorganisationer samt volontärer. Målet är att nå ut till fler, att bibehålla och eller förbättra hälsan samt minska den ofrivilliga ensamheten hos stadens seniorer. Ett led i den riktningen är att alla som är 65 år och äldre numer kan låna teknisk utrustning på biblioteket i Solna centrum och även få hjälp av nämndens digitala fixare.

Nämnden har sedan 2020 rekviderat statliga medel genom Äldreomsorgslyftet för att höja kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen, cirka 50 medarbetare har deltagit och satsningen fortsätter under 2023.

Den ekonomiska ramen för 2022 uppgår till 942,8 mkr, vilket är en ökning med 22,6 mkr jämfört med innevarande års budgetnivå. Förändringen förklaras i huvudsak av högre kostnadsnivå påverkad av inflation i kombination med en ökad volym av omvårdnadsinsatser



Nämndens investeringsbudget för 2023 är oförändrad från föregående år och uppgår till 1,5 mkr

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Veronica Hässelborg
Chefscontroller

Beslutet expedieras till:
Kommunstyrelsen



SOLNA STAD

Verksamhetsplan och budget 2023

OMVÅRDNADSNÄMNDEN

OMVÅRDNADSNÄMNDEN

ON/2022:1 behandlas på omvårdnadsnämnden 2022-10-26

Innehållsförteckning

Förvaltningsberättelse.....	3
Sammanfattning.....	3
Styrning och uppföljning av den kommunala verksamheten	3
Mål och uppdrag.....	5
Ekonomi	8
Väsentliga personalförhållanden	9
Tvärsektoriella frågor	10
Förväntad utveckling.....	12
Konkurrensutsättning.....	13
Intern kontroll.....	13

Förvaltningsberättelse

Sammanfattning

Kommunstyrelsen har i planeringsunderlaget för 2023 beslutat om ekonomiska ramar samt fyra nämndmål för omvårdnadsnämnden. Målen är:

- Solnabor som bor på vård- och omsorgsboende ska känna sig trygga, nöjda och få ett gott bemötande,
- Solnabor som har hemtjänst ska ha möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden,
- Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro,
- Den besvärande ensamheten bland Solnabor, som har hemtjänst eller som är boende på vård- och omsorgsboende, ska minska.

Enligt kommunstyrelsens beslut, i juni, har omvårdnadsnämnden tilldelats en budgetram för 2023 motsvarande 942,8 mkr vilket är en ökning med 22,6 mkr jämfört med 2022.

Förändringen förklaras i huvudsak av högre kostnadsnivå påverkad av inflation i kombination med en ökad volym av omvårdnadsinsatser.

Nämndens investeringsbudget för 2023 är oförändrad från föregående år och uppgår till 1,5 mkr.

Nämnden har haft fortsatt fokus på att minska smittspridning av den pågående pandemin (Covid-19) under 2022 och detta kommer fortsätta under 2023. I samverkan med Region Stockholm sker provtagning och smittspårning samt vaccination i nämndens verksamheter.

Under pandemin har digitaliseringsfrågorna fått ett större fokus i arbetssätt och metoder men även för enskilda vårdtagare. Den digitala utvecklingen ger möjligheter till att skapa effektivare arbetssätt samt underlätta rekrytering av chefer och vårdpersonal i framtiden.

Seniorträffsverksamheten utvecklas vidare i samverkan med förvaltningen för arbetsmarknad, kultur och fritid, frivilligorganisationer samt volontärer. Målet är att nå ut till fler, att bibehålla och eller förbättra hälsan samt minska den ofrivilliga ensamheten hos stadens seniorer. Ett led i den riktningen är att alla som är 65 år och äldre numer kan låna teknisk utrustning på biblioteket i Solna centrum och även få hjälp av nämndens digitala fixare.

Nämnden har sedan 2020 rekviderat statliga medel genom Äldreomsorgslyftet för att höja kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen, cirka 50 medarbetare har deltagit och satsningen fortsätter under 2023.

Styrning och uppföljning av den kommunala verksamheten

Styrningen i Solna stad utgår från ett system för samlad ekonomi- och verksamhetsstyrning samt gällande lagstiftning, föreskrifter och nationella mål för den kommunala verksamheten. Utgångspunkten är en sammanhållen målstyrning, där kommunfullmäktige anger inriktning och ekonomiska ramar för styrelse och nämnder. Det sker i Solna stads verksamhetsplan och budget, som är stadens främsta styrdokument. Den årliga verksamhetsplanen och budget kompletteras inom vissa områden med andra styrande dokument som policyer, strategier, riktlinjer, planer och program.

Styrelse och nämnder ska, med utgångspunkt från kommunfullmäktiges inriktning, precisera och fastställa en verksamhetsplan och budget utifrån föreslagna ekonomiska ramar. Hänsyn ska tas till viktiga förändringar i omvärlden såsom ändringar i lagstiftningen och förändringar i befolkningsstrukturen. Styrelse och nämnder ska till sin verksamhetsplan och budget besluta om internkontrollplan och konkurrensplan för verksamheten.

Utifrån styrelsens och nämndernas mål samt ekonomiska ramar ska förvaltningsledningen utarbeta verksamhetsplan och budget i dialog med sina enheter. Enheterna ska arbeta fram sina mål/aktiviteter, vilka i sin tur ska brytas ned till individuella mål/aktiviteter för varje medarbetare. Målen/aktiviteterna tydliggör medarbetarens ansvar och befogenhet i det gemensamma arbetet med att uppnå enhetens, nämndens och stadens mål.

I Solna stads styr- och uppföljningssystem ingår uppföljning och utvärdering. Styrelse och nämnder ansvarar för

att verksamheten följs upp och utvärderas i den omfattning som krävs för att ha en god kontroll. Befarade avvikelser, som inte är ringa, ska omgående informeras kommunstyrelsen som har uppsikt över nämndernas verksamhet, uppföljning och utvärdering. Uppföljning och utvärdering för Solna stad behandlas av kommunstyrelsen och kommunfullmäktige per 30 april, 31 augusti (delårsrapport) och 31 december (årsredovisning). De övergripande målen, nämndmålen och uppdragen samt stadens finansiella mål följs främst upp i delårsrapporten och i årsredovisningen.

Solna stads verksamhet bedrivs i vissa delar i aktieföretag, kommunalförbund eller stiftelseform. Kommunfullmäktige utser ledamöter till bolagsstyrelser och stiftelser samt utser ledamöter till förbundsfullmäktige för kommunalförbunden. Kommunfullmäktige väljer också ägarombud till bolagsstämmor. Kommunstyrelsen ansvarar för att företagen sköter verksamheten på ett ändamålsenligt sätt och att tillräcklig samordning sker med övrig kommunal verksamhet. Stadens styrning utgår ifrån lagstiftning inom området och de styrdokument som särskilt utfärdats av kommunfullmäktige i form av företagspolicy, bolagsordningar, ägardirektiv, särskilda direktiv, avtal eller förbundsordningar och medlemsdirektiv.

Uppsiktsplikten fullgör kommunstyrelsen genom att krav ställs på företagen om att lämna löpande information från sin verksamhet enligt ett fastställt rapporteringssystem. Koncernredovisning upprättas per sista augusti och sista december. För stiftelser gäller särskilda stadgar. Ägarförhållandena varierar i de olika bolag/förbund som ingår i Solna stads koncern och därmed formerna för uppsikt.

Omvårdnadsnämndens ansvarsområde

Omvårdnadsnämnden ansvarar för stadens äldreomsorg samt för omsorg om personer med funktionsnedsättning. Ansvarsområdet omfattar myndighetsutövning och verksamheterna styrs i stor utsträckning av socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Bland de verksamheter som nämnden ansvarar för finns boende, omsorg och service i ordinärt boende, daglig verksamhet, dagverksamhet, hälso- och sjukvård inom LSS-området med mera.

Nämndens kvalitetsdeklarationer

Nämnden följer upp kvalitetsdeklarationerna som berör verksamheterna i samband med avtalsuppföljning, resultat visas i rapporterna för avtalsuppföljning

Kvalitetsdeklarationer	Beslutsdatum	Status
Anhörigstöd	2021-10-27	Oförändrad
Biståndshandläggning av hemtjänst samt vård- och omsorgsboende	2021-10-27	Oförändrad
Boendestöd	2021-10-27	Oförändrad
Daglig verksamhet för personer med funktionsnedsättning	2012-10-27	Oförändrad
Dagverksamhet	2021-10-27	Oförändrad
Handläggning av stöd och service till personer med funktionsnedsättning	2021-10-27	Oförändrad
Hemtjänst	2021-10-27	Oförändrad
Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	2021-10-27	Oförändrad
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	2021-10-27	Oförändrad
Stöd och service till personer med funktionsnedsättning som bor i bostad med särskild service	2021-10-27	Oförändrad
Trygghetslarm	2021-10-27	Oförändrad
Vård- och omsorgsboende	2021-10-27	Oförändrad

Organisation

Omvårdnadsnämnden ansvarar för stadens äldreomsorg samt för omsorg om personer med funktionsnedsättning. Omvårdnadsförvaltningen är utförare av nämndens ansvarsområden och består av förvaltningschef med tre staber, en för kvalitetsutveckling, en för ekonomi och en för IT samt två avdelningar, en för egen regi och en för myndighetsutövning. Verksamheten bedrivs både i privat och i egen regi.

Kommunala pensionärsrådet

Syftet med det kommunala pensionärsrådet är att staden ska informera och samråda med pensionärsorganisationerna i frågor som är aktuella för de äldre i Solna. Pensionärerna i staden påverkas av de flesta nämnders ansvarsområden med en koncentration på de ansvarsområden som omvårdnadsnämnden svarar för. Rådet ska kunna fungera som remissinstans och rådgivare i olika frågor som berör de äldre i Solna. Rådet ska bidra till att äldre i Solna får goda kunskaper om staden och dess verksamheter och på samma sätt ska staden sprida erfarenheter och kunskaper från rådet till stadens olika verksamheter.

Pensionärsrådet väljs för fyra år och mandatperioden ska sammanfalla med mandatperioden för staden. Det är

kommunstyrelsen som utser dess ledamöter. Rådet sammanträder minst fyra gånger per år.

Mål och uppdrag

Solna stads vision och övergripande mål

Den politiska viljeinriktningen för Solna stads framtida utveckling kommer till uttryck i *en vision* och fyra övergripande mål. Solna stads vision lyder på följande sätt:

Solna ska vara en sammanhållen och levande stad, som växer och utvecklas hållbart för alla solnabor. Staden kännetecknas av trygghet och öppenhet, där allas potential tas tillvara. Vi erbjuder kunskap, kreativitet och upplevelser som ökar regionens attraktionskraft.

Visionen bryts ner i *fyra övergripande mål*, som lyder på följande sätt:

Solna stads verksamheter ska hålla god kvalitet och hushålla med stadens resurser.

Alla verksamheter som Solna stad finansierar, oavsett utförare, ska hålla god kvalitet och hushålla med stadens resurser. Staden ska säkerställa att de insatta resurserna ger avsedda resultat i verksamheterna. Verksamheter inom välfärdens kärna ska prioriteras. Kvalitetsnivåer ska sättas och följas upp och utvärderas. Det ska vara ordning och reda i stadens ekonomi och verksamheterna ska hålla budget. Staden tar ansvar för framtidens välfärd genom att balansera kostnader för dagens verksamheter och behovet av att göra avsättningar för kommande investeringar.

Solna ska växa ihop och utvecklas på ett ekonomiskt, socialt och miljömässigt hållbart sätt.

Solna ska möta efterfrågan på att leva, bo och verka i staden med ett stort utbud av bostäder, arbetsplatser och service. Staden ska växa hållbart i en takt som staden och solnaborna mäktar med utifrån ett ekonomiskt, socialt och miljömässigt perspektiv. De möjligheter som tillväxten skapar ska tillvaratas samtidigt som stadens framtida ekonomi tryggas, viktiga naturvärden säkras och jämlika livsvillkor skapas. Barriärer ska byggas bort och stadsdelarnas egna identiteter tas till vara och länkas ihop för att skapa en sammanhållen och levande stad.

Solna ska vara en attraktiv och trygg stad att leva och verka i.

Solna ska erbjuda en attraktiv och trygg miljö att leva och verka i. Här ska finnas tillgång till bra boende, stimulerande arbete och utbildningsmöjligheter, god service, trivsamma grönområden och goda kommunikationer. Stadsmiljön ska vara trygg och tillgänglig för alla, utan fysiska och sociala barriärer. Solnaborna ska kunna forma sina liv efter sina förutsättningar och trygga sin försörjning genom eget arbete. Den service som Solna stad finansierar ska finnas som ett naturligt stöd för de solnabor som behöver den under livets olika skeden.

Solna stad ska vara en stad som kännetecknas av mångfald, kreativitet och upplevelser.

Solna ska vara en mångsidig och upplevelserik stad, som ökar regionens attraktionskraft. Här ska storstadens puls samspela med det lugn som närheten till natur och vatten ger. Staden ska ha en internationell prägel och vara en mötesplats för människor med olika bakgrund, en importhamn för nya idéer och ett centrum för upplevelser. Här ska alla ges möjlighet att förverkliga sina livsdrömmar och allas potential tas tillvara i stadens och regionens utveckling.

Nämndmål

Nämndmålen pekar ut kommunfullmäktiges övergripande prioriteringar och strategiska ställningstaganden för respektive nämnd. Nedan beskrivs nämndens huvudsakliga aktiviteter per respektive nämndmål och vilka mått som används för att beskriva måluppfyllelsen under 2023.

Solnabor som bor på vård- och omsorgsboende ska känna sig trygga, nöjda och få ett gott bemötande.

Aktiviteter	Beskrivning
Utveckla och säkerställa kvaliteten genom att genomföra kompetenshöjande insatser.	Planerade utbildningar utgår från kompetensstrategin inom omvårdnad och hälso- och sjukvård. För att uppnå målet kommer nämnden fortsätta sina kompetenshöjande insatser genom att erbjuda personal på vård- och omsorgsboende vårdlärare i verksamheten samt utbildningar på Metodikum Solna och andra lärosäten. Uppföljning av utförarnas

Aktiviteter	Beskrivning
Fortsätta det strategiska arbetet för att säkerställa att de som bor på vård- och omsorgsboende är nöjda, trygga och får ett gott bemötande.	<p>utbildningssatsningar utifrån avtal och anbud kommer ske.</p> <p>Biståndshandläggarna utreder enligt individens behov i centrum (IBIC) samt genomför individuppföljningar för att säkerställa att de som bor på vård- och omsorgsboende är nöjda, trygga och får ett gott bemötande.</p> <p>Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), ska fortsätta sitt arbete att ge stöd till samt följa upp rehabiliteringspersonalens arbete i verksamheterna.</p> <p>Nämnden arbetar vidare med att följa upp utförarnas arbete med kvalitetsregister inom omvårdnad samt inom hälso- och sjukvård. Nämnden följer upp verksamheternas avtal, överenskommelser och anbud avseende deras arbete för att de som bor på vård och omsorgsboende ska känna sig nöjda, trygga och får ett gott bemötande.</p>
Utveckla och effektivisera verksamheterna med nya arbetssätt samt med stöd av välfärdsteknik och digitalisering.	Samverka med utförarna för att införa digitala lösningar och nya arbetssätt. Verksamheterna ska fortsätta arbetet med att införa digitala kommunikationshjälpmedel. Göra uppföljning av avtal, överenskommelser och anbud inom området välfärdsteknik och digitalisering.

Mått
Andelen i vård- och omsorgsboende som uppger att det känns tryggt att bo i vård- och omsorgsboende
Andelen i vård- och omsorgsboende som uppger att personalen bemöter dem på ett bra sätt

Solnabor som har hemtjänst ska ha möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden.

Aktiviteter	Beskrivning
Följa upp arbetet med nationella demensriktlinjer	Följa upp arbetet med implementeringen av nationella demensriktlinjer inom dagverksamheter, hemtjänst och förebyggande verksamhet. Skapa förutsättningar för personer med kognitiv svikt att leva och bo hemma längre under trygga förhållanden. Myndighetsavdelningen SoL följer upp att nya kunskaper används i handläggningen utifrån Silviacertifieringen.
Utveckla och säkerställa kvaliteten genom att genomföra kompetenshöjande insatser.	För att uppnå målet kommer nämnden fortsätta sina kompetenshöjande insatser genom att erbjuda vård- och omsorgspersonal inom hemtjänsten planerade utbildningar utifrån strategin för kompetensutveckling. Följa upp verksamheternas utbildningssatsningar utifrån avtal.
Genomföra förebyggande aktiviteter för att senarelägga och/eller minska behov av hemtjänstinsatser samt för att kunna bo kvar hemma under trygga förhållanden.	<p>Den förebyggande verksamheten erbjuder sociala och fysiska aktiviteter inom ramen för stadens seniorträffar och andra spontanytor, i samarbete med volontärer och frivilligorganisationer. Hälsoprojektet 65+ återkommer varje år därtill utformas aktivitetsutbudet utifrån efterfrågan i dialog med seniorer.</p> <p>Förebyggande hembesök erbjuds alla som fyller 80 år och 90 år under året, seniorerna informeras då om möjligheten att ansöka om bostadsanpassningsbidrag vid behov och möjlig välfärdsteknik att använda i hemmet.</p> <p>Den funktionsbevarande handläggaren som anställdes hösten 2021 arbetar vidare med biståndshandläggare för att öka självständigheten hos våra omvårdnadskunder genom rätt hjälpmedel, riktade insatser och handledning av hemtjänstpersonal.</p> <p>Den digitala fixaren arbetar vidare med att stödja målgruppen med digitala tjänster och produkter som syftar till att underlätta vardagen. Därigenom ge möjlighet till ökad självständighet och trygghet för att kunna bo kvar hemma längre. Välfärdsbiblioteket fortsätter att erbjuda utlån av välfärdsteknik för den som vill prova på och förhoppningsvis uppleva fördelen med digitala produkter. Anordna träffar för bland annat ökad trygghet på nätet.</p> <p>Fortsätta arbetet med att utveckla dagverksamheterna för personer med demenssjukdom och dagverksamheterna med funktionsbevarande inriktning.</p>
Fortsätta det strategiska arbetet för att säkerställa och bibehålla nöjdhet och trygghet hos hemtjänstkunderna	Biståndshandläggarna utreder enligt individens behov i centrum (IBIC) samt genomför individuppföljningar för att säkerställa

Aktiviteter	Beskrivning
	nöjdhet och trygghet hos hemtjänstkunderna. Hemgångsteamet fortsätter sitt arbete med att trygga hemtjänstkundernas hemgång från sjukhus. Nämnden fortsätter att följa upp avtal och överenskommelser avseende verksamheternas arbete. Nämnden fortsätter att följa upp verksamheternas arbete genom att mäta personalkontinuiteten samt följa upp nyckeltal i Phoniro, nämndens verksamhetssystem för kvalitetssäkring.
Utveckla och effektivisera verksamheterna med nya arbetssätt samt med stöd av välfärdsteknik och digitalisering.	Samverka med utförarna för att införa planerade digitala lösningar och nya arbetssätt. Digitala lås ska fortsätta monteras hos alla omvårdnads kunder samt hos alla kunder med trygghetslarm. Lifecare mobil omsorg med digital genomförandeplan ska fortsätta implementeras och möjligheten till att dela journal mellan handläggare och utförare ska införas. Trygghetskamera ska monteras hos kunder med behov av natttillsyn. Projekt för att ge stöd vid e-handel ska genomföras. Göra uppföljning av avtal inom området välfärdsteknik och digitalisering.

Mått
Andelen med hemtjänst som uppger att det känns tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten
Andelen med hemtjänst som uppger att personalen bemöter dem på ett bra sätt
Personalkontinuitet, antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde

Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro.

Aktiviteter	Beskrivning
Utveckla och säkerställa kvaliteten genom att genomföra kompetenshöjande insatser.	Genomföra utbildningssatsningar samt följa upp avtal, överenskommelser och anbud. För att uppnå målet kommer nämnden fortsätta sina kompetenshöjande insatser genom att erbjuda vård- och omsorgspersonal inom Lagen om stöd och service (LSS) och boendestöd olika utbildningar. Planerade kompetenssatsningar är utbildningar via Forum Carpe, utbildning i hållbart ledarskap samt utbildning inom psykisk ohälsa. Nämnden kommer att fortsätta genomföra utbildningssatsningar samt följa upp avtal, överenskommelser och anbud som avser kompetensutveckling inom verksamheterna.
Utveckla och effektivisera verksamheterna med nya arbetssätt samt med stöd av välfärdsteknik och digitalisering	Samverka med utförarna för att införa digitala lösningar och nya arbetssätt. Verksamheterna ska fortsätta arbetet med att införa digitala kommunikationshjälpmedel. Göra uppföljning av avtal, överenskommelser och anbud inom området välfärdsteknik och digitalisering.
Fortsätta det strategiska arbetet för att säkerställa att Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållande.	Handläggarna utreder enligt individens behov i centrum (IBIC) samt genomför individuppföljningar för att följa upp och säkerställa att Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt under trygga förhållande. Hälso- och sjukvårdsteamet fortsätter sitt arbete med att säkerställa hälso- och sjukvårdsinsatser för solnabor med funktionsnedsättning. Teamet fortsätter med arbetet att ge stöd till och följa upp utförarnas arbete i arbetsmetoden tidiga tecken.
Fortsätta strategiska arbetet för att ha en aktiv och meningsfull tillvaro.	För att stödja målet fortsätter nämnden att arbeta för samverkan mellan daglig verksamhet och grupp- och servicebostäder. Erbjuder fritidsaktiviteter för pensionärer med funktionsnedsättning på seniorträffarna. Följa upp utförarnas arbete för ökad samverkan mellan föreningar och intresseorganisationer samt anhörigsamverkan. Nämnden följer upp avtal, överenskommelser och anbud avseende hur verksamheterna arbetar med att skapa en aktiv och meningsfull tillvaro.

Mått
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)
Brukarbedömning gruppboende LSS - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, andel (%)
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren trivs med alla i boendepersonalen, andel (%)
Brukarbedömning gruppboende LSS - Brukaren trivs alltid hemma, andel (%)
Brukarbedömning servicebostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)
Brukarbedömning gruppboende LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)

Den besvärande ensamheten bland solnabor, som har hemtjänst eller som är boende på vård- och omsorgsboende, ska minska.

Aktiviteter	Beskrivning
Genomföra förebyggande aktiviteter för att minska besvärande ensamhet hos de som har hemtjänst och för de som bor på vård- och omsorgsboende.	<p>Nämnden har ett antal seniorträffar som alla har målet att ge möjlighet till social gemenskap och minska ensamhet.</p> <p>Fortsätta arbetet med att utveckla volontärverksamheten såsom väntjänst som drivs i samverkan mellan omvårdnadsförvaltningen, Röda Korset och Äldreforum. Väntjänsten kan göra besök i hemmet för en pratstund, erbjuda högläsning, promenader eller annan aktivitet.</p> <p>Förebyggande hembesök fortsätter vilket innebär att alla som fyller 80 år och även de som fyller 90 år erbjuds ett hembesök av en arbetsterapeut under året. Besöket syftar till att ge information om stadens utbud av service och aktiviteter, men också att identifiera och förebygga bland annat fall och besvärande ensamhet och informera om digitala stöd.</p> <p>Den digitala fixaren arbetar vidare med att stödja målgruppen med digitala tjänster och produkter som syftar till att underlätta vardagen. Därigenom ge möjlighet till ökad självständighet och trygghet för att kunna bo kvar hemma längre. Valfärdsbiblioteket fortsätter att erbjuda utlån av välfärdsteknik för den som vill prova på och förhoppningsvis uppleva fördelen med digitala produkter. Anordna träffar för bland annat ökad trygghet på nätet.</p> <p>Vård- och omsorgsboendena har i uppdrag att se över aktiviteterna individuellt och på verksamhetsnivå för att stödja målet.</p>
Fortsätta det strategiska arbetet med att minska den besvärande ensamheten.	<p>För att kunna sätta in rätt åtgärder fortsätter biståndshandläggarna att göra individuppföljningar med riktade frågor om bland annat besvärande ensamhet hos hemtjänstkunder och de äldre boende på vård- och omsorgsboenden.</p> <p>Utförare på vård- och omsorgsboenden ska i sina utvecklingsplaner beskriva åtgärder för att minska besvärande ensamhet hos de boende vilket kommer att följas upp.</p> <p>Följa upp kompetenssatsningar hos medarbetare inom förebyggande verksamhet, hemtjänst och vård och omsorgsboende. Uppföljning av avtal, överenskommelser och anbud gällande verksamheternas arbete med att minska den besvärande ensamheten kommer att genomföras.</p>
Utveckla och effektivisera verksamheten med nya arbetssätt och/eller med stöd av välfärdsteknik och digitalisering.	Samverka med utförarna för att införa digitala lösningar och nya arbetssätt. Fortsätta arbetet med att införa digitala kommunikationshjälpmedel. Göra uppföljning av avtal, överenskommelser och anbud inom området välfärdsteknik och digitalisering.

Mått
Andel brukare som besväras av ensamhet, hemtjänst
Andel brukare som besväras av ensamhet, vård- och omsorgsboende

Löpande verksamhet enligt reglemente

Vid sidan av nämndens verksamhet utifrån nämndens nämndmål, finns även en löpande verksamhet utifrån det av kommunfullmäktige beslutade reglementet för respektive nämnd.

Ekonomi

Driftbudget, nämnd

Enligt kommunstyrelsens beslut, i juni, har omvårdnadsnämnden tilldelats en budgetram för 2023 motsvarande 942,8 mkr vilket är en ökning med 22,6 mkr jämfört med 2022.

Förändringen förklaras i huvudsak av högre kostnadsnivå påverkad av inflation i kombination med en ökad volym av omvårdnadsinsatser.

mkr	Budget 2023	Budget 2022	Förändring
Intäkter	225,0	219,0	-6,0
Kostnader	-1 167,8	-1 139,2	28,6
Nettokostnader	-942,8	-920,2	22,6

Driftbudget, per verksamhet

Utifrån nämndens tilldelade budgetram och jämförelse med innevarande års budgetnivå och prognos har fördelning av budgeten gjorts mellan områdena enligt nedanstående tabell.

Hemtjänsten har ökat sin volym under 2022 med cirka 7 procent vilken kommer fortgå i samma takt även under 2023.

Äldreomsorg särskilt boende (säbo), insatser enligt LSS och insatser för personer med funktionshinder har antagits ligga kvar på samma nivå som 2022 års budget.

Turbundna resor har tilldelats ett högre utrymme jämfört med 2022 på grund av ökade kostnader för drivmedel.

Förvaltningsgemensam verksamhet har en lägre kostnadsnivå jämfört med budget 2022 vilket beror på att verksamhetssystem i budget 2023 har fördelats ut på de olika verksamheterna utifrån tillhörighet.

Tabellen nedan visar fördelningen mellan omvårdnadsnämndens olika verksamheter. Fördelning av budget mellan verksamheterna kan komma att justeras.

mkr	Budget 2023	Budget 2022	Förändring
Äldreomsorg Hemtjänst	-210	-195,9	14,1
Äldreomsorg Särskilt boende	-404	-394,1	9,9
Insatser enligt LSS	-261	-254,2	6,8
Insatser personer m funktionshinder	-7,3	-7,1	0,2
Turbundna resor	-8,2	-6,6	1,6
Förvaltningsgemensam verksamhet	-52,3	-62,2	-9,9
Summa nettokostnader	-942,8	-920,1	22,7

Investeringsbudget

De investeringsmedel som är avsatta för 2023 avser kapitalinventarier.

mkr	Budget 2023	Budget 2022	Förändring
Kapitalinventarier	1,5	1,5	0,0
Summa	1,5	1,5	0,0

Taxor och avgifter

Avgift för äldre -och handikapp omsorg

Solna stad tillämpar sedan flera år den så kallade maxtaxan. Maxtaxan gällande äldre -och handikappomsorg styrs av bestämmelserna i Socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Bestämmelser om högkostnadsskydd så kallad maxtaxa och förbehållsbelopp knyts, enligt bestämmelsen i SoL 8 kap. 3 och 5 §§, till prisbasbeloppet som förändras varje år och som fastställs av regeringen.

Maxtaxan inom äldre -och handikappomsorg regleras utifrån prisbasbeloppet som för 2023 är fastställt till 52 500kr. Maxtaxan fastställs årligen av Socialstyrelsen.

Nämndens taxor och avgifter

Taxor och avgifter	Beslutad	Status	Datum för nytt beslut	Gäller från och med
Hemtjänst	KF 2016-05-30	Oförändrad		2016-07-01
Vård och omsorgsboende	KF 2016-05-30	Oförändrad		2016-07-01
Välfärdsteknik	KF 2022-04-04	Oförändrad		2022-04-04

Väsentliga personalförhållanden

Nämnden bedriver kontinuerligt utvecklingsarbete för att säkra kompetensförsörjningen och vara en attraktiv arbetsgivare med engagerade medarbetare. Nedan beskrivs de huvudsakliga aktiviteterna inom medarbetarperspektivet under 2023 utifrån fokusområden.

Kompetensutveckling

Nämnden fortsätter även under 2023 att anordna utbildningar i basala hygienrutiner och återkommande praktiska övningar i hur utrustningen ska användas. Informationsmaterial om detta på såväl svenska som andra språk finns.

En satsning i att utbilda språkombud på särskilda boenden startade 2021 och har fortsatt under 2022. Nätverksträffar för dessa och fortsatt utbildning planeras även 2023.

Nämnden har rekviderat statliga medel genom Äldreomsorgslyftet för att höja kompetenshöjande insatser för omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen, cirka 50 medarbetare har deltagit och satsningen fortsätter under 2023.

Nämnden har inlett ett samarbete med apoteket för att höja kompetensen gällande läkemedelshantering för sjuksköterskor, omvårdnadspersonal och läkare.

Inom demensområdet har 16 medarbetare från två särskilda boenden utbildats till Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens (BPSD)-administratörer. I en efterföljande demenscoachutbildning lyfts bland annat anhörigperspektivet och vikten av lågaffektivt bemötande vid BPSD-problematik, detta fortsätter under 2023.. Dessutom fortsätter demenscertifiering för hemtjänstpersonal samt nätverksträffar för medarbetare inom demensdagverksamhet.

Omvårdnadspersonal har erbjudits utbildning i taktil massage. Meningen med taktil beröring är att skapa välbefinnande, minska stress, oro, illamående, ångest, lindra smärta och uppnå god hälsa trots sin diagnos. Hittills har cirka 50 personer från tre olika särskilda boenden genomgått utbildningen. En uppföljning kommer göras för att se hur massagen påverkat de brukare som fått denna typ av beröring. Flera medarbetare även inom gruppboendestäder kommer att erbjudas utbildning under 2023.

Ledarskapsutbildningen för chefer och nyckelpersoner inom vård och omsorg som påbörjades hösten 2022 pågår även 2023. Med utgångspunkt från deltagarnas egen arbetsvardag blandas användbara teorier med övningar. Stor vikt kommer läggas vid att förstå sin ledarroll i förhållande till den struktur man jobbar i och de resurser som finns till hands. Utbildningen varvas med handledning.

Träningscentret Metodikum fortsätter att användas för vård- och omsorgspersonal att färdighetsträna olika praktiska moment. Instruktorer från flera olika verksamheter har utbildats ansvarar och förbereder den praktiska träningen.

Förebyggande hälsoarbete

Inom förvaltningen pågår ett strukturerat arbete med fokus på faktorer som bidrar till ökad hälsa och till hållbar arbetshälsa över tid med aktiviteter som främjar, förebygger och rehabiliterar. Förvaltningen har utsedda hälsoombud som stödjer cheferna i att arbeta hälsofrämjande.

Sjukfrånvaro

Den totala sjukfrånvaron inom förvaltningen för januari - juli 2022 var 9,3 procent att jämföra med 8,6 procent för samma period 2021. Långtidssjukfrånvaron har gått ner under 2022 jämfört med 2021 däremot har korttidssjukfrånvaron ökat något. Nämnden kommer därför lägga ännu mer fokus på att minska korttidsfrånvaron under 2023. Generellt arbetar verksamheterna systematiskt i enlighet med rehabiliteringsprocessen för en minskad kort- och långtidssjukfrånvaro.

Medarbetarundersökning - Hållbart medarbetarengagemang, HME

Medarbetarundersökningen genomfördes under hösten 2021 med en svarsfrekvens på 83 procent. Medarbetarundersökningens resultat avseende HME (83,8) ligger kvar på en hög nivå. Resultatet visar att cheferna i hög grad visar uppskattning, förtroende och möjliggör att medarbetarna kan ta ansvar. Även chefernas arbetssätt att målstyra får höga resultat av medarbetarna. De utvecklingsområden som förvaltningen har arbetat med under 2022 är motivation, att utvecklas och lära nytt i det dagliga arbetet och delaktighet.

Ny medarbetarundersökning genomförs under hösten och utifrån resultatet kommer verksamheterna under 2023 utarbeta nya åtgärdsplaner.

Tvärsektoriella frågor

I Solna stads verksamhetsplan och budget har de tvärsektoriella frågorna - internationellt arbete,

likabehandlingsarbete samt miljö- och klimatarbetet - integrerats i stadens styrsystem. Utgångspunkten är att arbetet med de tvärssektoriella frågorna ska bidra till stadens vision och mål. Nämnderna har uppgiften att i arbetet med verksamhetsplan och budget inkludera tvärssektoriella aktiviteter, som effektivt stödjer nämndens måluppfyllelse.

Internationellt

Nämndens internationella arbete används huvudsakligen som metod för verksamhets- och kvalitetsutveckling.

Omvårdnadsnämndens arbete med de internationella frågorna är bland annat kopplade till nämndmålen som inkluderar trygghet, bemötande och nöjdhet samt att motverka social isolering.

Nämnden deltar i Eurocities, Social Affairs forum, framför allt i arbetsgruppen Urbant åldrande (urban ageing). Chefer från omvårdnadsförvaltningens ledningsgrupp representerar omvårdnadsnämnden i såväl forumet, arbetsgruppen som i stadens egna eurocitiesnätverk. Det kollegiala utbytet av erfarenheter är mycket intressant och givande. Utmaningarna i europeiska städer är likartade med en åldrande befolkning, svårighet att rekrytera personal och ett ökat behov av äldreomsorg. Metoder och verktyg för att tackla dessa utmaningar varierar och det finns ett stort värde att lära av varandra. Ett exempel är hur arbetet med att motverka social isolering/ensamhet är strukturerat. En annan intressant trend bland deltagande städer är utvecklingen av generationsöverskridande mötesplatser och boendeformer. Erfarenheter som är intressanta i omvårdnadsnämndens och kultur- och fritidsnämndens pågående utvecklingsarbete kring gemensamma mötesplatser.

Omvårdnadsnämnden har under flera år samarbetat med ett kanadensiskt universitet där elever som studerar skandinavisk äldreomsorg vid ett flertal tillfällen besökt Solna. Nämnden är positivt inställd till fortsatt samarbete.

Likabehandling

Nämndens likabehandlingsarbete syftar till att alla medborgare ska få likvärdigt bemötande och service. Arbetet bidrar på detta sätt till att utveckla nämndens verksamhet och dess kvalitet. Nedan beskrivs det huvudsakliga likabehandlingsarbetet under 2023.

Arbetet mot våld i nära relationer som även omfattar hedersvåld riktar sig både till stadens äldre och till personer med funktionsnedsättning. Samverkansrutiner är framtagna mellan omvårdnadsförvaltningen och socialförvaltningen.

Handläggarna på avdelningen för myndighetsavdelning har utbildning i normkritiskt tänkande, likabehandling och att arbeta för att undvika kränkande särbehandling.

Information om likabehandlingsarbete ingår som en naturlig del i introduktionen av nyanställda och som en grund i ledarskapsutbildningen i staden.

Upphandling enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) innebär för äldre och för personer med funktionsnedsättning en ökad valfrihet i valet av utförare av beviljade insatser.

Nämndens arbete för att öka hälsa, välbefinnande och livsglädje hos äldre fortsätter. Det sker bland annat genom samverkan med kultur- och fritidsnämndens verksamheter, frivilligorganisationer och andra volontärer och har som syfte att bryta social isolering, ge social stimulans, erbjuda friskvård- och/eller kulturaktiviteter. Valfärdsbiblioteket fortsätter att erbjuda utlåning av välfärdsteknik till seniorer. Nämnden fortsätter arbetet med att erbjuda personer med demenssjukdom och deras anhöriga stöd för att motverka social isolering.

Wi-Fi är installerat i lägenheter på vård- och omsorgsboenden för att underlätta kommunikation och kontakt med närstående liksom möjligheten att använda appar, läsa tidningen, spela spel med mera.

Digitala möten är en etablerad arbetsform inom och mellan organisationer men erbjuds också som kontaktväg för kunder och brukare. Det är många som föredrar digitala kontakter framför fysiska och formerna är under utveckling.

Miljö och klimat

Nämndens miljö- och klimatarbete utgår från stadens miljöpolicy med tillhörande strategier inom miljöområdet samt nämndens nämndmål. Nedan beskrivs de huvudsakliga aktiviteterna inom miljö- och klimatområdet under 2023 utifrån miljöpolicyens fokusområden.

I linje med inriktningen i Solna stads klimatstrategi planerar omvårdnadsnämnden att genomföra en översyn av materialåtervinning och matavfallsinsamling i förvaltningens verksamheter. Omvårdnadsnämnden planerar även att göra en översyn av förvaltningens användning av fordon i syfte att kartlägga förutsättningarna för en fossilbränslefri fordonsflotta senast 2030.

Vid de upphandlingar som omvårdnadsnämnden gör under 2023 kommer säkerställas att relevanta aspekter i stadens miljöpolicy, med tillhörande strategidokument, beaktas i kravställningar.

Förväntad utveckling

Pandemin (Covid-19)

Nämnden kommer utifrån Folkhälsomyndighetens anvisningar fortsätta sitt arbete med att förhindra smittspridning av Covid-19. I samverkan med Region Stockholm sker provtagning och smittspårning samt vaccination i nämndens verksamheter.

Prognos för verksamheter

I Solna ökar antalet äldre i långsammare takt och i ett senare skede i jämförelse med riket. Andelen äldre har minskat kontinuerligt i Solna sedan början av 1990-talet, Solna är också en av få kommuner i landet där andelen äldre i befolkningen beräknas minska fram till 2025. Åldersgruppen äldre än 90 år, där behovet av omsorg är störst, förväntas fortsatt att minska under de kommande tio åren. En ökning förväntas de kommande fem åren istället främst i åldersgruppen 80-89 år. Antalet personer i åldern 45-65 har de senaste åren bedömts lägre jämfört med tidigare befolkningsprognoser, vilket påverkar utvecklingen av behov av vård och omsorg till omvårdnadsnämndens målgrupp även på längre sikt.

Behovet av äldreomsorg i Solna har också påverkats av pandemin(Covid-19). Det framtida behovet av hemtjänst förväntas öka både till antal personer och i omfattning, medan behovet av platser vid vård- och omsorgsboenden är mindre än vid tidigare bedömningar av befolkningsutvecklingen. Omvårdnadsnämnden bedömer också att behovet av andra boendeformer än demens- och omvårdnadsplatser ökar under prognosperioden samt att antalet personer över 65 med behov av boendestöd kommer att öka i närtid.

Den tidigare utvecklingen mot ökat behov inom LSS har stannat av något de gångna två åren, vilket också framgår av nationella jämförelser. Omvårdnadsnämnden bedömer att behovet av gruppboenden är högre än av serviceboenden i närtid och att staden kan möta behovet utifrån nuvarande bestånd och planering.

Välfärdsteknik och nya arbetssätt

Välfärdsbehoven ökar till följd av att antalet äldre ökar samtidigt som befolkningen i arbetsför ålder inte ökar i samma takt. Denna utveckling ställer sammantaget krav på att utveckla omvårdnadsnämndens verksamhet och arbetssätt. Utveckling av välfärdsteknik kommer att vara en viktig del i detta. Den digitala utvecklingen ger möjligheter till att skapa effektivare arbetssätt samt underlätta rekrytering av chefer och vårdpersonal i framtiden. Några exempel på utvecklingsområden är förebyggande verksamhet och hemtjänst med ökad digitalisering, ett modernare och mer användarvänligt journalsystem för hälso- och sjukvårdspersonal i egen regi kommer att införas under 2023.

Förebyggande verksamhet

Nämndens arbete för att öka hälsa, välbefinnande och livsglädje hos äldre fortsätter. Det sker bland annat genom samverkan med förvaltningen för arbetsmarknad, kultur och fritid, frivilligorganisationer samt volontärer och har som syfte att bryta social isolering, ge social stimulans och erbjuda friskvårds- och/eller kulturaktiviteter. Nämnden fortsätter arbetet med att erbjuda personer med demenssjukdom och deras anhöriga stöd för att motverka social isolering.

Samverkan med Region Stockholm

Ett viktigt utvecklingsområde är samverkan mellan staden och Region Stockholm. Det behöver finnas en god samverkan dels mellan slutenvården, primärvården och staden vid själva vårdövergången, dels mellan primärvården och staden efter hemkomsten från sjukhus. Om övergången till det egna hemmet upplevs som trygg och säker minskar risken för återinläggning till slutenvården, omsorgs- och omvårdnadsbehov samt efterfrågan på alternativt boende minskar dessutom kan stadens och regionens resurser användas på bästa möjliga sätt. Det pågår ett pilotprojekt mellan Region Stockholm och Solna stad med inriktningen att förbättra och utveckla nya arbetssätt mellan två husläkarmottagningar och hemgångsteamet inom hemtjänsten. Faller pilotprojektet väl ut är ambitionen att arbetssättet ska implementeras mellan alla husläkarmottagningar i Solna

och hemgångsteamet. Detta är ett led i God och nära vårdsatsningen som Region Stockholm har initierat. Det vill säga att den vård som invånaren behöver ofta, ska finnas nära och anpassas efter invånarnas behov. Under pandemin har det varit en tät samverkan mellan nämnden och regionen lokalt med fokus på frågor som berört pandemin och som har letts av nämndens medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS), samt regionens geografiska samordnare för primärvården. Samverkan fortsätter med fokus på de mest sjuka äldre.

Under år 2022 med fortsättning under 2023 har ett nytt informationsöverföringssystem börjat införas av Region Stockholm för att säkerställa en trygg och säker planering för de patienter som vårdas inom slutenvården och är i behov av kommunala insatser och eller insatser från öppna vården.

Fortsatt kompetenssäkring

En strategi för kompetensutveckling inom äldreomsorgen har utarbetats och kommer successivt implementeras. Samverkan med högskolor och forskning- och utvecklingsenheter är betydelsefullt och sker regelbundet i bland annat förvaltningens omvårdnadsakademi. Avtalsuppföljningar görs enligt uppföljningsplan för 2023 för att följa upp att utförarna följer avtalen avseende bland annat kompetenssäkring och kvalitetsutveckling.

Kompetensutveckling och kompetenshöjning inom vård och omsorg behövs för att både bibehålla och utveckla kvaliteten i verksamheterna. För det krävs medarbetare som har rätt kompetens för uppdraget. Det är bland annat därför viktigt att utbilda vårdbiträden till undersköterskor och sjuksköterskor till specialistsjuksköterskor. Även utvecklingsprojektet Heltidsresan som är en överenskommelse mellan Kommunal och SKR ska pågå fram till 2024 och drivs för att heltidsarbete ska bli norm i välfärdens kvinnodominerade yrken. Nya arbetssätt för att rekrytera och behålla sjuksköterskor fortsätter under året.

Konkurrensutsättning

Omvårdnadsnämnden upphandlar kontinuerligt verksamheter för att svara mot stadens behov av tjänster och platser vid särskilda boendeformer. Omvårdnadsnämnden tillämpar både upphandlingar enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och valfrihetssystem enligt lagen om valfrihetssystem (LOV), och har därför avtalsrelationer med ett stort antal utförare. Verksamheterna inom nämndens ansvarsområde är generellt tillståndspliktiga vid överlämnande, varför planering av upphandlingar behöver ske utifrån behovsprognos med särskilt god framförhållning.

Omvårdnadsnämnden kommer under 2023 att påbörja upphandla trygghetslarm och tillhörande funktioner med anledning av att föregående avtal löper ut. Upphandlingen kommer att ske genom avrop med förnyad konkurrensutsättning. Omvårdnadsnämnden kommer därutöver fortsatt revidera förfrågningsunderlag för LOV-upphandlingar.

Befintliga avtal som ska upphandlas på nytt

Avtalsbeteckning	Diarienummer
Trygghetslarm	ON/2015:37
Revidering av valfrihetssystem för korttidsvistelse (LOV)	ON/2012:68
Revidering av valfrihetssystem för LSS-bostad (LOV)	ON/2013:77

Nya upphandlingsbehov samt större avrop på befintliga ramavtal

Nya upphandlingsbehov
Nämnden har inga nya upphandlingsbehov för 2023.

Intern kontroll

Varje nämnd ansvarar för intern kontroll inom sitt verksamhetsområde enligt kommunfullmäktiges reglemente. En god intern kontroll bidrar till att säkerställa att verksamheten bedrivs ändamålsenligt, kostnadseffektivt och säkert.

I samband med verksamhetsplan och budget ska varje nämnd ta fram en internkontrollplan för nästa år som beskriver väsentliga risker i verksamheten. Riskerna sorteras in i en av fyra kategorier: styrning, medarbetare, ekonomi och verksamhetsprocesser. Riskerna kopplas sedan till en process eller rutin. Verksamheten ska bedöma sannolikheten för och konsekvensen av om en risk skulle inträffa. Bedömningen redovisas som ett riskindex 1-16, där 16 är hög risk. Internkontrollplanen beskriver kontrollmoment för hur verksamheten ska kontrollera att risken inte har inträffat. Internkontrollplanen följs upp i samband med delårsrapport och årsredovisning.

Internkontrollplan

Kategori	Process/Rutin	Riskindex	Risker	Kontrollmoment
Styring	Verksamhetsuppföljning enligt uppföljningsplan	9	Verksamheter drivs inte enligt avtal och överenskommelser	Kontroll av att planen för upphandling av verksamhetsavtal och överenskommelser följs.
Medarbetare	Rekrytering av Sjuksköterskor	9	Risk för brister i patientsäkerhet relaterat till bristande kontinuitet i sjuksköterskegruppen.	Kontroll av att månatlig redovisning angående sjuksköterskesituationen görs till medicinskt ansvarig sjuksköterska.
	Rekrytering av undersköterskor inom hemtjänst och särskilt boende	9	Brist på utbildade undersköterskor och risk för en mindre bra omvårdnad.	Kontroll av andel utbildade undersköterskor och specialistundersköterskor i samband med avtalsuppföljning.
Ekonomi	Uppföljning av kostnader - Kostnadskontroll	9	Budget i obalans. Att kostnader avviker väsentligt från budgetram.	Kontroll av uppföljning enligt stadens anvisningar för budgetuppföljningar, delårsrapporter samt verksamhetsmål. Kontinuerlig uppföljning av nyckeltal. Resultat sammanställs och föredras i nämnden.
Verksamhetsprocesser	Tillräckligt med skyddsutrustning	8	Risk att verksamheterna inte har tillräckligt med skyddsutrustning.	Kontroll i samband med avtalsuppföljning.
	Åtkomst till uppgifter i enskildes dokumentation i vård- och omsorgsboende	6	Att obehöriga kommer åt att ta del av enskildas uppgifter.	Kontroll att loggkontroller görs i verksamhetssystem där personuppgifter förekommer.
	Utlämnande av handlingar enligt GDPR.	9	Gällande rutiner inte följs vid utlämnande av handlingar.	Kontroll av att gällande rutiner för utlämnande av handlingar följs genom stickprovskontroller

Omvårdnadsnämnden 26 oktober 2022

Ärende 6 – Verksamhetsplan och
budget 2023

Röstförklaring

Socialdemokraterna deltar inte i beslutet om omvårdnadsnämndens förslag till verksamhetsplan och budget för 2023, utan inkommer till kommunfullmäktige i november med eget budgetförslag.



Elisabet Brolin

Socialdemokraterna



Solna 26 oktober 2022
Omvårdnadsnämnden, ärende 6
Verksamhetsplan och budget 2023
ON/2022:1

Röstförklaring

Vänsterpartiet deltar inte i beslutet om omvårdnadsnämndens verksamhetsplan och budget för 2023. Vi hänvisar till ett eget budgetförslag som kommer att lämnas vid senare tillfälle.

Kerstin Scheutz
Vänsterpartiet

Förhandling enligt MBL § 11

Ärende: Omvårdnadsnämndens (OF) Verksamhetsplan och budget 2023

Plats: Teams

Parter: Svenska Kommunalarbetsförbundet (Kommunal)
Vision

Närvarande: För arbetsgivaren:
Elisabet Sundelin (Förvaltningschef OF)
Veronica Hässelborg (Stabschef Ekonomi OF)

För arbetstagarparten:
Marika Lindhagen (Vision)
Marie Svärd (Kommunal)

§ 1

Arbetsgivaren har muntligen redogjort för Omvårdnadsnämndens verksamhetsplan och budget 2023 vid MBL-information 2022-10-12. Underlag för genomgång skickades ut till de fackliga organisationerna den 6 oktober 2022.

§2

Protokollsanteckning från Kommunal och Vision

Med hänsyn tagen till kostnadsuppräknningar och höjda energipriset och därutöver en stigande inflation hävdar undertecknade fackliga organisationer att en ramhöjning för 2022 på 2 % inte kommer att räcka för att bibehålla och rekrytera ny personal och samtidigt leva upp till träffade fackliga avtal.

Därutöver hotas möjligheterna att fullfölja arbetet med att göra heltid som norm inom omvårdnadsförvaltningens verksamheter.

§3

Eventuella yrkanden skulle ha kommit arbetsgivaren tillhanda senast måndagen den 18 oktober klockan 15:00.

Förhandlingen avslutas vid protokollets justerande.

OK
H/ 38

Vid protokollet



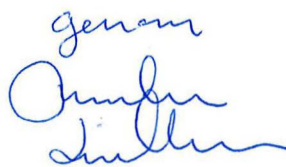
Veronica Hässelborg

För Omvårdnadsnämnden



Elisabet Sundelin

För Kommunal

genom


Marie Svärd

För Vision



Marika Lindhagen



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-10-07
ON/2022:100

Utvärdering av revidering av valfrihetssystem för daglig verksamhet enligt LSS

Förslag till beslut

Omvårdnadsförvaltningen föreslår omvårdnadsnämnden att

- ändra ersättningsreglering för valfrihetssystemet för daglig verksamhet enligt LSS (ON/2021:107), så att omfattning av deltagande baseras på 6 timmar per dag istället för 8 timmar per dag, och då motsvarar ett heltidsbegrepp om 30 timmar per vecka
- ändra ersättningsreglering för valfrihetssystemet för daglig verksamhet enligt LSS (ON/2021:107), så att ersättning utgår på samma sätt för praktikplats som för övrig daglig verksamhet

Sammanfattning

Omvårdnadsnämnden gav omvårdnadsförvaltningen i uppdrag att utvärdera revideringen av valfrihetssystemet för daglig verksamhet (ON/2021:107), under de första sex månaderna av ny avtalsperiod. Det reviderade valfrihetssystemet har i huvudsak tre förändringar som har direkt påverkan på utförares uppdrag.

- Höjd omfattning per omfattningsintervall från 6 timmar per dag till 8 timmar per dag jämfört med tidigare ersättningsmodell, däribland att ersättning motsvarande heltid utgår för insatser om mer än 32 timmar per vecka, till skillnad mot tidigare 30 timmar per vecka
- Begränsad ersättning vid insats där den enskilde enbart har praktik, det vill säga inte deltar i daglig verksamhet i utförares egna lokaler, till skillnad mot tidigare då utförare erhöll samma ersättning oavsett hur insatsen utfördes
- Ersättningsmodell med endast nivåbedömning och omfattning av insats som ersättningsgrundande; heltids- och deltidsbegreppet slopas

Omvårdnadsförvaltningen har genomfört en enkätundersökning av befintliga utförares uppfattning om förändringarna, genomfört individuppföljning av prioriterade ärenden som skulle medföra sänkt ersättning, genomfört dialogmöten med utförare samt genomfört ytterligare omvärldsbevakning av det sammanhang Solna stads valfrihetssystem verkar inom.

Omvårdnadsförvaltningens bedömning

Omvårdnadsförvaltningen bedömer att merparten av målgruppen, utifrån information från utförare och myndighetsavdelningens individuppföljning, i dagsläget saknar förutsättningar att delta i daglig verksamhet i mer än 6 timmar om dagen. Omvårdnadsförvaltningen föreslår därför att återgå till tidigare avtals reglering av omfattning.



Omvårdnadsförvaltningen bedömer också att den reducerade ersättningen för insats som utförs genom praktikplats skapar felaktiga incitament för utförare att arbeta med arbetsinriktade metoder, vilket begränsar möjligheterna till utveckling inom detta område för brukare från Solna stad. Omvårdnadsförvaltningen föreslår därför att daglig verksamhet ska ersättas på samma sätt oavsett hur insatsen utförs.

Slopandet av hel- och deltidsbegreppet är ovant för framför allt utförare, men omvårdnadsförvaltningen bedömer att förändringen bör kvarstå. Förändringen i sig medför inte någon förändrad ersättning till utförare, inte heller några uppenbara risker att påverka den verksamhet som bedrivs. Omvårdnadsförvaltningen har också utifrån utvärderingen ett underlag för förbättringsarbete för framtida revideringar av avtal, för interna processer och för relationen till utförare av daglig verksamhet.

De föreslagna förändringarna kräver ingen revidering av förfrågningsunderlag eller nytecknande av avtal inom valfrihetssystemet för daglig verksamhet. Förändringen kan träda i kraft omedelbart när omvårdnadsnämndens beslut i detta ärende vinner laga kraft.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef, omvårdnadsförvaltningen

Fredrik Olsson
Kvalificerad utredare

Beslutet expedieras till:
Utförare inom valfrihetssystemet för daglig verksamhet enligt LSS



Bakgrund

I samband med omvårdnadsnämndens beslut om reviderat valfrihetssystem för daglig verksamhet i november 2021, fick omvårdnadsförvaltningen i uppdrag att utvärdera förändringarna de första sex månaderna av ny avtalstid. Intentionerna med det nya förfrågningsunderlaget är att öka brukarnas dagliga sysselsättning och att staden ska kunna erbjuda en meningsfull dag utifrån den enskildes förutsättningar, samt förbättra förutsättningarna för en mer sammanhållen uppföljning av insatserna. Det nya förfrågningsunderlaget innebär också förändringar i ersättningen till utförare, utifrån en ny ersättningsmodell.

Sedan beslut fattades har nytt förfrågningsunderlag annonserats, ansökningar från befintliga utförare och nya avtal tecknats. Inom upphandlingen har ansökanslämnare möjlighet att publikt ställa frågor, som förvaltningen besvarar till samtliga ansökanslämnare. Omvårdnadsförvaltningen har under ansökansperioden även haft fortlöpande samtal och möten med befintliga utförare. Avtal tecknades under april 2022 med 42 verksamheter, 7 verksamheter valde att lämna valfrihetssystemet.

Till följd av detta har 30 brukare behövt välja ny verksamhet, 18 av dessa var från en enskild utförare i Solna. Avdelningen för myndighetsutövning har ombesörjt omval för dessa brukare och bedömer att valen har gått bra och att kontakt med anhöriga i huvudsak varit positiv. Många av brukarna har haft sin dagliga verksamhet i samma verksamhet under många år, vilket har medfört viss oro hos den enskilde och anhöriga inför byte. En stor andel av de brukare som behövt göra ett omval har haft sin insats utförd av Waxö Omsorg, dessa har kunnat fortsätta inom de två kvarvarande verksamheter som Waxö Omsorg har i Solna. De utförare som valt att lämna valfrihetssystemet avvecklas fram till december 2022, då avtalet löper ut. Under perioden har även nya verksamheter ansökt om deltagande i valfrihetssystemet för daglig verksamhet.

Utvärderingens syfte och metod

Utvärderingens övergripande syfte är att:

- säkerställa att revideringen förbättrar förutsättningarna för brukare att ha en meningsfull daglig verksamhet,
- bedöma initiala effekter av revideringen,
- lämna förslag till omvårdnadsnämnden på hur eventuella negativa effekter ska hanteras

Utvärderingens metoder har i huvudsak valts för att systematiskt inhämta berörda intressenters perspektiv, samt bedöma förutsättningar för de avsedda effekterna av avtalsstyrningen.

Utvärderingen genomförs med fokus på de förändringar som revideringen har medfört, men tar också faktorer i beaktande för att förklara det sammanhang som valfrihetssystemet fungerar i.

Enkät

Omvårdnadsförvaltningen har genomfört en riktad enkät till berörda utförares verksamheter med 24 frågor under perioden juni-september 2022, för att på ett samlat och systematiskt sätt kunna bedöma utförares uppfattningar om de förändrade förutsättningarna och deras avtalsrelation med Solna stad. Frågorna besvarades både med fasta svarsalternativ och med fritext, för att ge utförare möjlighet att uttrycka sig så fritt som möjligt. Både utförare som valt att lämna respektive stanna kvar i valfrihetssystemet har haft möjlighet att svara på enkäten.

Dialogmöten

Omvårdnadsförvaltningen har haft enskilda möten med befintliga utförare inför och under ny avtalsperiod, där så har önskats. I samband med avtalsstart har förvaltningen haft obligatoriskt



uppstartsmöte där samtliga befintliga utförare kallats. Förvaltningen har också närvarat på LSS-utförares eget nätverk.

Individuppföljning enligt prioritering

Omvårdnadsförvaltningens myndighetsavdelning har genomfört riktad individuppföljning av ett flertal av de beslut om daglig verksamhet som verkställs hos utförare. Individuppföljningen har syftat till att dels tillse att insatsen är rätt för den enskilde, dels ge en uppfattning om i vilken utsträckning målgruppen har förutsättningar att delta i större omfattning än tidigare.

Myndighetsavdelningen har för detta ändamål utformat en strukturerad intervjumall för LSS-handläggare att tillämpa vid denna individuppföljning. Ärenden som enligt utförares planering ligger i gränsen 30 timmar har prioriterats, eftersom det för dessa skulle utgå en lägre ersättning vid införande av ny ersättningsmodell. Uppföljningsmötena har hållits med den enskilde, dess eventuella juridiska ombud, samt representant från verksamhet där så har varit tillämpligt.

Utöver uppföljning av individärenden har avdelningens ansvariga chef samt koordinator intervjuat berörda LSS-handläggare. Myndighetsavdelningen har också återgivit en samlad bedömning av hur berörda i målgruppen har påverkats av de omval som krävts, hur anhöriga har upplevt förändringarna, samt hur avtalet fungerar för myndighetsutövningen, avdelningens medarbetare och avdelningens relation med utförares verksamheter.

Omvärldsbevakning

Omvårdnadsförvaltningen har även efter beslut om revidering fortsatt att inhämta information från länets kommuner, samt haft dialog med andra kommuner som nyligen reviderat eller har i uppdrag att revidera valfrihetssystemet för daglig verksamhet.

Resultat

Enkät och dialogmöten

Nedan återges enkäten i sin helhet, samt en sammanställning av de ämnen som hanterats i fritextsvar och vid dialogmöten med utförare. Enkäten har besvarats av 39 verksamheter, flera verksamheter har valt att svara gemensamt då de exempelvis har samma verksamhetsansvarig eller tillhör samma företag. Med anledning av de förändringar som genomförts och de synpunkter som inkommit från utförare och myndighetsavdelning under ansökningsperiod samt vid avtalsstart, är enkäten i huvudsak utformad med tre teman:

- Uppfattningar om förändrad ersättningsmodell och ekonomiska förutsättningar
- Uppfattningar om verksamhet morgon och sen eftermiddag
- Uppfattningar om revideringsförfarandet, ansökansprocess och förfrågningsunderlag

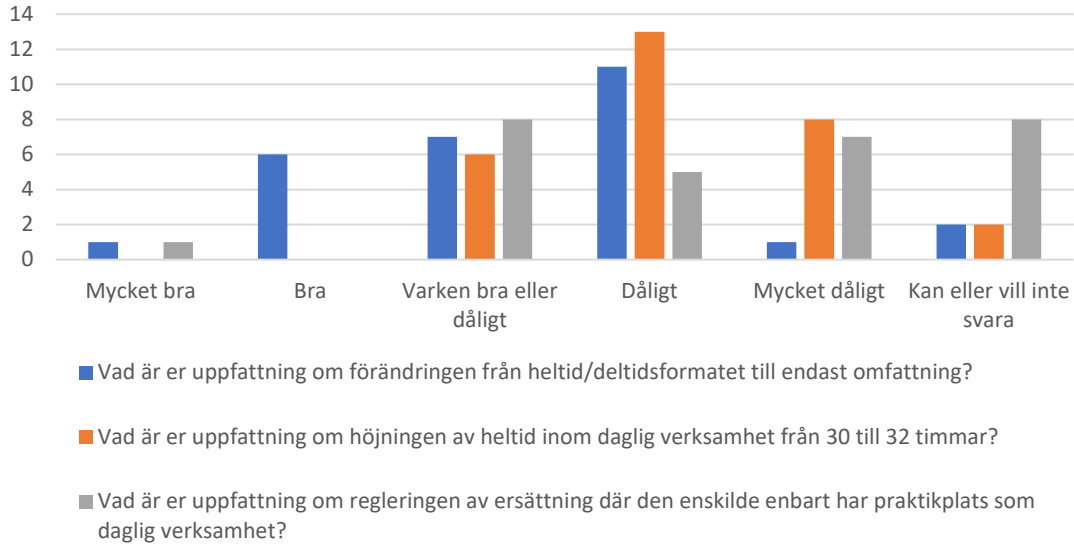
Resultaten av enkäten följer nedan, med en samlad beskrivning av innehållet av fritextsvaren.

Uppfattningar om förändrad ersättningsmodell och ekonomiska förutsättningar

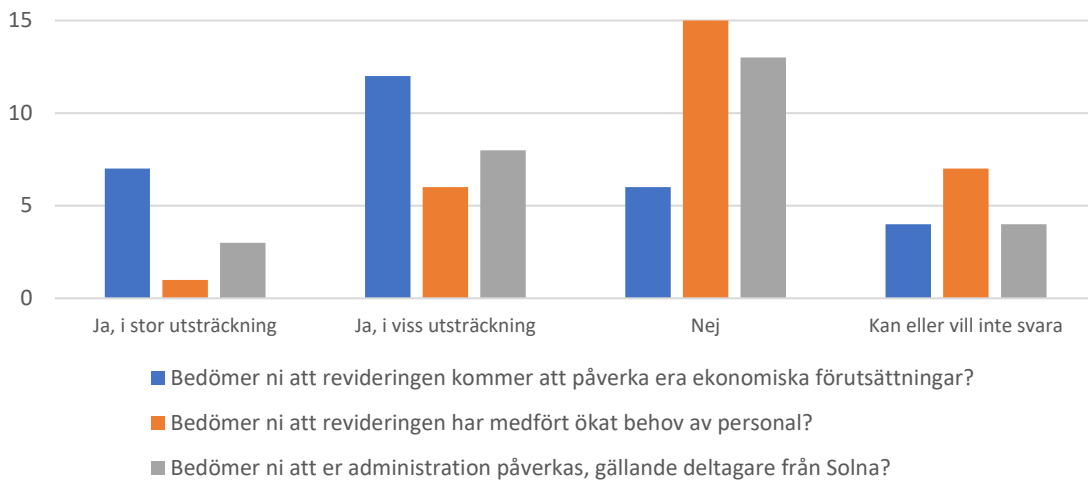
Nedan följer figurer för enkätsvar samt sammanställning av fritext- och dialogmötesvar.



Uppfattningar om förändrad ersättningsmodell



Uppfattningar om ekonomiska förutsättningar





Den samlade uppfattningen hos utförarna är att ersättningen inte är i paritet med verksamhetens kostnader. Flera utförare förtydligar att det inte är modellen med omfattning och nivåbedömning som är problematisk, utan istället ersättningsnivåerna i relation till den enskildes stödbehov som de är negativa till. Denna uppfattning hos utförare avser i stor utsträckning de nordväst-kommuner som i grunden tillämpar samma modell. Variationen av stödbehov inom målgruppen är stor, vilket gör det svårt att ange vilka kostnader som härrör en enskild individ.

Många utförare är vana vid ersättning för heltid respektive deltid, det är den vanligaste ersättningsformen för dagliga verksamhet. Flera utförare påtalar framför allt att ersättning vid arbetslivsinriktad verksamhet är underfinansierad i den nya ersättningsmodellen, då det inte täcker de kostnader som utförandet medför. I den reviderade ersättningsmodellen utgår ersättning om 2480-2857 kronor i månaden, beroende på bedömd funktionsnivå hos den enskilde. Man påtalar också att det är stor variation i insatsen, då det över tid kan behövas olika mycket stöd i en sådan insats, som inte föranleds av ny beställning eller ny planering.

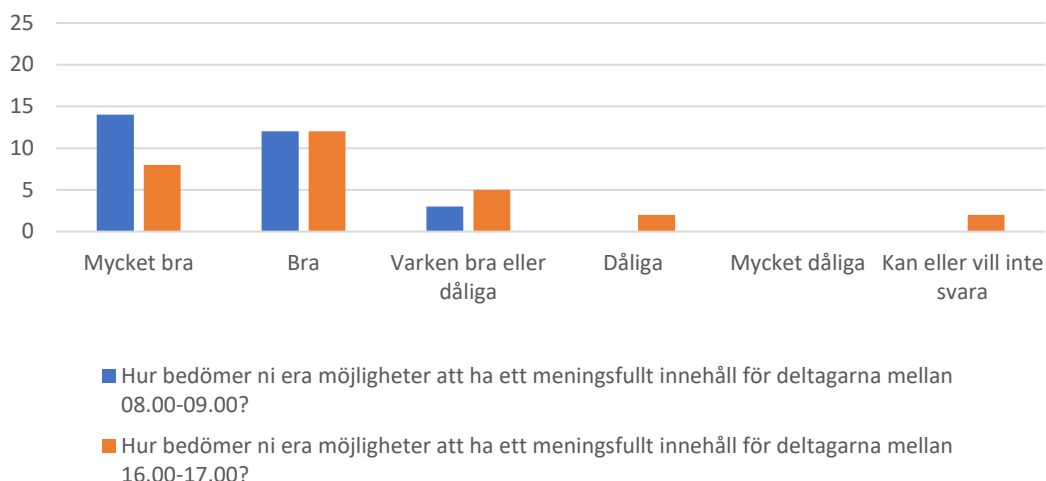
Verksamheterna behöver ha beredskap över tid för att stödja den enskilde på sin praktikplats, det krävs också stöd och handledning till det företag som tar emot en brukare för praktik.

I enkäten svarar också utförarna att grundkostnaden för verksamheten som inte härrör insatser till den enskilde, det vill säga så kallade overhead-kostnader för lokal, ledning, administration, etc., är mellan 7.000-11.000 kronor per plats och månad. Det finns därutöver även varierande kostnader som kan vara svåra att hantera för utförare inom Solna stads ersättningsmodell, bland annat kostnad för att utföra HSL-insatser, tolkstöd, insatser där den enskilde har personlig assistans, samt kostnader i samband med uppstart och handledning vid eventuell praktikplats.

Uppfattningar om verksamhet morgon och sen eftermiddag

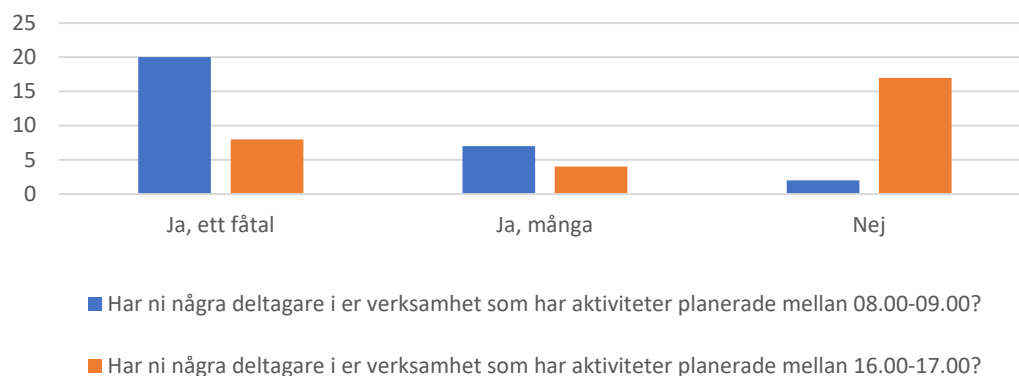
Nedan följer figurer för enkätsvar samt sammanställning av fritext- och dialogmötesvar.

Uppfattningar om meningsfullt innehåll morgon och sen eftermiddag





Deltagare tidig morgon respektive sen eftermiddag



Den samlade uppfattningen hos utförarna är att verksamheterna har goda förutsättningar att ge den enskilde en meningsfull dag, även i början och slutet av dagen. Flera utförare påtalar också att målgruppen har svårt att närvara mer än 6 timmar om dagen, utifrån sina förutsättningar. Även andra faktorer, däribland restider och stödbehov vid morgonbestyren, påverkar vilka tider den enskilde kan närvara på sin dagliga verksamhet. Verksamheterna anser att de inte har några svårigheter att verkställa insatser från 08.00 till 17.00.

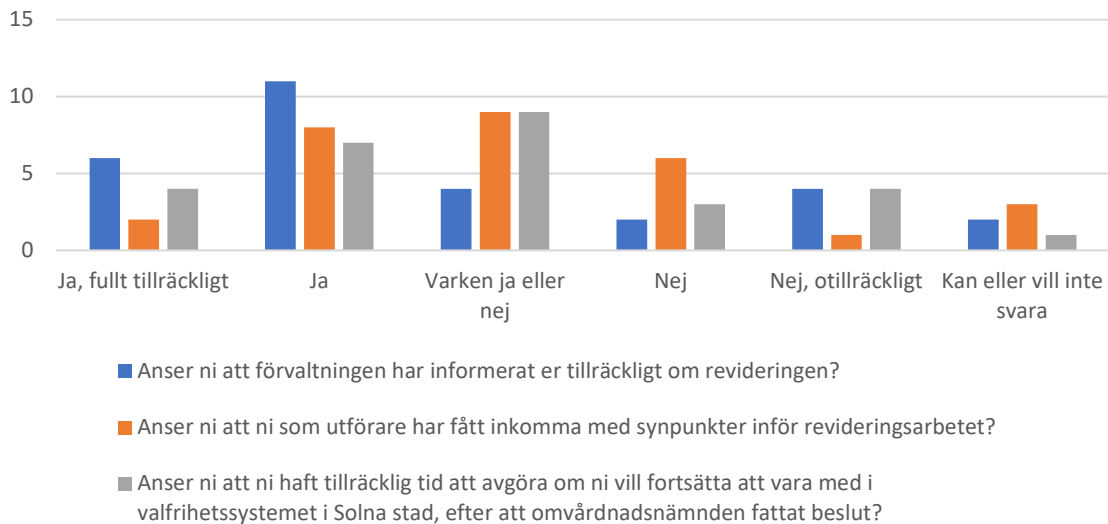
Däremot är det inte många deltagare som är närvarande under sen eftermiddag. Många verksamheter påtalar att verksamheten börjar dagen med social tid och planering tillsammans med deltagarna, att deras tider varierar i stor utsträckning utifrån den enskildes förutsättningar och livssituation. En omständighet är också hur färdtjänst och turbundna resor fungerar, vilket kan göra gemensam och enskild planering svår. Utförarna återger att eftermiddagar ofta är en utmaning, då många blir trötta av längre dagar.

Uppfattningar om revideringsförfarandet, ansökansprocess, förfrågningsunderlag

Utförare har också tillfrågats om hur de upplevt omvårdnadsförvaltningens arbete med revideringen av valfrihetssystemet. Nedan följer figurer för enkätsvar, sammanställning av fritext- och dialogmötesvar, samt övriga inkomna synpunkter.



Uppfattningar om revideringsförfarandet, ansökansprocess och förfrågningsunderlag



Den generella uppfattningen är att kommunikation om ärendegång och ansökansprocess har varit tillräcklig, men att omvårdnadsförvaltningen gärna skulle ha inhämtat utförarens synpunkter i större utsträckning. Ett antal utförare påtalar att tiden för att besluta om man vill vara kvar i valfrihetssystemet eller inte var för kort, trots att tiden för beslut har förlängts.

Övriga synpunkter

Flera utförare påtalar att man har en god relation med Solna stads representanter, framför allt med handläggare och koordinators för daglig verksamhet. Man påtalar också en bra process för fakturahantering och kommunikation i avtalsfrågor med förvaltningen. Ett fåtal utförare uttrycker kritik, där man framför allt upplever en otydlighet i vem man ska ha kontakt med i myndighetsutövningen. Ett flertal påtalar också att beställningsförfarandet är otydligt och att det företrädesvis bör göras inom slutna verksamhetssystem, då manuell hantering och kommunikation medför risker.

Ett återkommande ämne i fritextsvar och vid dialogmöten har varit relationen mellan nivåbedömningsinstrumentet och den ersättning som det genererar enligt avtal, vilket i stor utsträckning ligger utanför omvårdnadsförvaltningens uppdrag att revidera valfrihetssystemet och sedermera utvärdera denna revidering. Flera utförare vittnar om att senare tids förändring av målgruppen för daglig verksamhet, framför allt omfattningen av brukare med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF), gör att den enskildes behov inte återges korrekt i nivåbedömningen. Den huvudsakliga invändningen är att nivåbedömningen i för stor utsträckning bedömer fysiska förmågor och i för låg utsträckning hanterar den variation av insatser och den typ av stödbehov som en person med NPF har. Flera utförare upplever också att det är svårt att bedöma innehållet i insatsen för dessa utifrån beställning.



Individuppföljning enligt prioritering

Myndighetsavdelningens LSS-handläggare har under utvärderingsperioden följt upp insatserna för de deltagare som i dagsläget ligger precis under brytpunkten för de tre översta omfattningsintervallen (16-24 timmar, 24-32 timmar, respektive 32-40 timmar). Dessa insatser skulle vid oförändrad beställning rendera en lägre ersättning för utföraren, varför omvårdnadsförvaltningen avsett att säkerställa förutsättningarna för att höja omfattningen av insats för den enskilde. Uppföljning har genomförts av 26 brukares insatser, på 12 olika dagliga verksamheter.

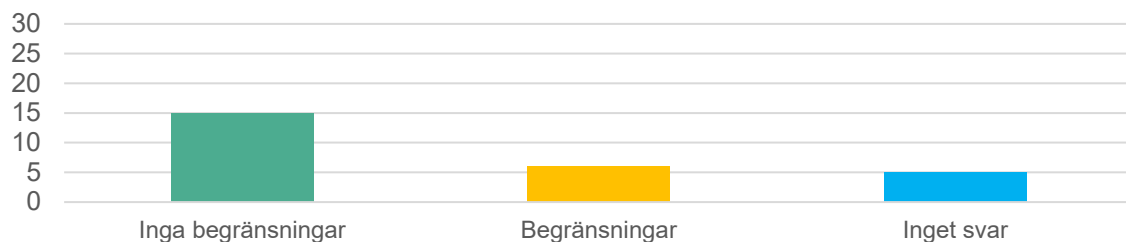
Brukares uppfattning om omfattning

Nedan följer figurer samt sammanställning av myndighetsavdelningens bedömning.

Brukare/företrädares uppfattning om tiden för sin insats



Brukare/företrädares uppfattning om begränsningar i öppettider



Merparten av de tillfrågade brukarna/företrädarna uppger att de är nöjda med den planering som man har för insatsen. Fyra brukare uppger att de inte är nöjda med sina tider, där samtliga uppger att det är begränsningar i verksamheten som gör att man inte kan gå längre tid på dagarna. På frågan om det finns begränsningar i de tider som man kan vara på daglig verksamhet, svarar sex brukare/företrädare att det finns begränsningar i öppettiderna.

Den samlade bedömningen är att brukarna är nöjda med den omfattning man deltar i daglig verksamhet. Avdelningen för myndighetsövning bedömer emellertid att det är svårt att tydligt identifiera om detta beror på rutinbundenhet, att verksamheterna styr deltagarnas närvaro med sina öppettider, eller om det handlar om deltagarnas individuella behov. Av de brukare/företrädare som har tillfrågats är det endast ett fåtal som kommer att komma upp i det högsta intervallet för deltagande. Av de fyra deltagare som önskar gå andra tider än i dagsläget skulle en av dessa närvara enligt det högsta omfattningsintervallet, det vill säga en av 16 tillfrågade brukare.

En effekt av revideringen av valfrihetssystemet är också att fem brukare med beslut om turbundna resor har behövt göra ett omval, vilket potentiellt har inneburit längre resor till en daglig verksamhet som ligger längre ifrån den enskildes bostad. Detta är en mindre omfattning än vad omvårdnadsförvaltningen inledningsvis bedömde, om än det är en viss merkostnad för omvårdnadsnämnden.



Omvärldsbevakning

Marknad och beställares konkurrens

Solna stads valfrihetssystem för daglig verksamhet gjordes initialt tillsammans med ett flertal andra av länets nordvästkommuner. Ett antal av dessa har gjort mindre revideringar av förfrågningsunderlagen sedan upphandlingarna påbörjades 2012. Länet har, förutom dessa kommuner, flera geografiskt överlappande valfrihetssystem som utförare av daglig verksamhet ingår i. Detta ger vid handen att det, förutom den konkurrens som utförare har gentemot varandra, även finns en konkurrens mellan kommuner om de platser som står till förfogande. För Solna stads situation är den mest påtagliga konkurrensen med Stockholms stads valfrihetssystem, där också många av Solna stads utförare är belägna. Stockholms stads ersättningar är högre än nordvästkommunernas, vilket också utförare påtalar i denna utvärdering. Det realiseras också i att flera utförare, i samband med nytecknande av avtal väljer att begränsa Solna stads möjlighet att nyttja platser, genom det avtalsenliga kapacitetstaket. Antalet utförare som har åberopat kapacitetstak har under utvärderingsperioden ökat, med hänvisning till ersättning och att deras typ av verksamhetsinriktning missgynnas av Solna stads ersättningsmodell. Detta gäller framför allt verksamheter med arbetslivsinriktning eller stöd till personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. I dagsläget är antalet insatser med praktik som huvudsakligt innehåll få bland Solna stads beslutade insatser, endast en person har enbart praktikplats som daglig verksamhet.

Omfattning av insats

Den gängse ersättningsmodellen för utförande av daglig verksamhet enligt LSS är och har länge varit att utförare ersätts enligt heltid respektive deltid för insatsen. Gränsen för heltidsbegreppet varierar i landet, men för länet är 25 timmar i veckan normen. Givet den ovan beskrivna konkurrensen från närliggande kommuner är Solna stads tidigare gräns om 30 timmar i veckan hög, vilket ytterligare undergräver incitament för utförare att delta i Solna stads valfrihetssystem. Det kan också vara en delförklaring till den så tydliga reaktionen från befintliga utförare, beträffande höjningen till över 32 timmar för att erhålla motsvarande heltidsersättning.

Samlad bedömning

Nedan följer omvårdnadsförvaltningens samlade bedömning av hur revideringen har påverkat valfrihetssystemet och de brukare som påverkas av det.

Förutsättningar för ökad omfattning av daglig verksamhet

Omvårdnadsförvaltningen bedömer att målgruppen, utifrån information från utförare och myndighetsavdelningens individuppföljning, i dagsläget generellt saknar förutsättningar att delta i daglig verksamhet i mer än 32 timmar per vecka, i så mån att det ska utgöra gräns för högsta ersättning till utförare. Faktorer i den enskildes livsföring och funktion bör vara vägledande i vad som kan anses vara en lämplig omfattning av och sedermera ersättning för utförd daglig verksamhet. Omvårdnadsförvaltningen anser att avtalsformen i så liten utsträckning som möjligt ska påverka den enskildes livssituation och utförare av daglig verksamhets möjligheter att skapa en meningsfull dag för den enskilde. Omvårdnadsförvaltningen föreslår därför att återgå till tidigare avtals reglering av omfattning.



Valfrihetssystemet förmåga att verkställa arbetsinriktade insatser

Vidare bedömer omvårdnadsförvaltningen att utförarens incitament att bedriva en arbetsinriktad verksamhet för Solna stads invånare påverkas negativt av den begränsade ersättningen vid praktik som revideringen medför. Detta, tillsammans med en rådande konkurrens från andra kommuners ersättningsystem, gör att Solna stad kommer att ha svårt att attrahera och bibehålla verksamheter för denna målgrupp. Utförare som arbetar med arbetsinriktade metoder i insatsen har i hög grad varierade kostnader för att utföra en sådan insats, vilket behöver tas i beaktande i utformningen av ersättningsmodell.

Det sammanhang som Solna stads valfrihetssystem för daglig verksamhet verkar inom är också avgörande för hur insatserna kan verkställas. Framför allt påverkar konkurrensen om platser från kommuner med för utförare mer gynnsamma ersättningsystem och ersättningsnivåer.

Omvårdnadsförvaltningen ser tecken på ett visst förändrat beteende, bland annat utförarens nyttjande av låga kapacitetstak och att utförare valt att kliva av valfrihetssystemet med ersättningen som främsta skäl.

Omvårdnadsförvaltningen föreslår därför att daglig verksamhet ska ersättas på samma sätt oavsett hur insatsen utförs.

Ersättningsmodell baserad på omfattning

Ett av de huvudsakliga syftena med revideringen av ersättningsmodellen var att i högre grad basera den på den enskildes planerade verksamhet, tillsammans med utföraren.

Omvårdnadsförvaltningen bedömer att det slojade hel- och deltidmättet för insatsen uppfattats som ovanligt och i viss utsträckning som något negativt för utförarna, men att utformningen i sig inte påverkar ersättningsnivåer och faktisk verksamhet. Omvårdnadsförvaltningen vidhåller att det, som också påtalats under revideringsarbetet, finns pedagogiska och praktiska syften med att uttrycka beställning i omfattning, såväl för beställande och utförande avtalspart som i kontakt med den enskilde. Omvårdnadsförvaltningen föreslår därför att ingen förändring ska ske beträffande att ersättningsmodellen baseras på omfattning av insats.

Fortsatt förbättringsarbete och ärendegång

De föreslagna förändringarna kräver ingen revidering av förfrågningsunderlag eller nytecknande av avtal inom valfrihetssystemet för daglig verksamhet. Förändringen kan träda i kraft omedelbart när omvårdnadsnämndens beslut i detta ärende vinner laga kraft.

Omvårdnadsförvaltningen kan utifrån utvärderingen också konstatera att det finns flertalet strukturella och processuella utmaningar i hur staden tillser ett välfungerande valfrihetssystem för daglig verksamhet. Staden har många utförare inom valfrihetssystemet, men revideringen har aktualiserat flera utvecklingsområden. Information och slutsatser beträffande ersättningsnivå, nivåbedömningsinstrument, samt individ- och avtalsuppföljning ligger utanför utvärderingsuppdraget, men utgör ett underlag för vidare förbättringsarbete inom staden.



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-10-07
ON/2022:13

Sammanställning av rapportering om missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden samt anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg om allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden, 1 januari till 30 juni 2022

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av sammanställning av lex Sarah-rapporter.

Sammanfattning

Enligt 14 kap 3 § socialtjänstlagen (SoL) ska den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.

Enligt 24 b § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska den som fullgör uppgifter i verksamhet enligt lagstiftning om stöd och service till vissa funktionshindrade genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande som rör den som får, eller som kan komma ifråga för, insatser enligt sådan lagstiftning.

Om händelsen bedöms som ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, göras.

Sammanställningen av rapporter om missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden samt anmälan om allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden avser perioden 2022-01-01 till 2022-06-30.

Under perioden 2022-01-01 till 2022-06-30 har det inkommit en rapport om missförhållande inom hemtjänsten som efter utredning bedömdes som inget missförhållande. Det har inkommit två rapporter om missförhållanden inom LSS-verksamhet, och två rapporter om missförhållanden inom vård- och omsorgsboende varav inga anmäldes vidare till IVO.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Mona Zakeri
Kvalitetsutvecklare



Bakgrund

Enligt 14 kap. 2 § SoL och 24 a § LSS ska var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet.

Den som fullgör uppgifter inom socialtjänsten ska genast rapportera om han eller hon uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande som rör den som får, eller kan komma i fråga för, insatser inom verksamheten.

Med missförhållande som ska rapporteras enligt 14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har undanlåt att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildes liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

En utredning ska omedelbart inledas samt de åtgärder vidtas som situationen kräver.

Om utredningen visar att det föreligger allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden ska en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, göras enligt 14 kap. 7 § SoL och 24 f § LSS. Med allvarliga missförhållanden avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har undanlåt att utföra och som inneburit ett allvarligt hot mot eller har medfört allvarliga konsekvenser för den enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Beslutande nämnd ska hållas informerad om de inkomna lex Sarah-rapporterna som har bedömts som missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden samt anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg om allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för allvarliga missförhållanden.

Rapporterna sammanställs och redovisas för omvårdnadsnämnden två gånger per år. Staben för kvalitetsutveckling håller sig informerad om vilka åtgärder som har vidtagits samt följer upp situationen för den eller de enskilda som har utsatts för ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande.

Utredningar enligt lex Sarah

Under perioden 2022-01-01 till 2022-06-30 har det inkommit en rapport om missförhållande inom hemtjänsten som efter utredning bedömdes som inget missförhållande. Det har inkommit två rapporter om missförhållanden inom LSS-verksamhet, och två rapporter om missförhållanden inom vård- och omsorgsboende varav inga anmälades vidare till IVO.

Rapporter som inte har bedömts som missförhållande eller risk för missförhållande beskrivs inte närmare i text utan redovisas enbart i tabell 1.



Tabell.1

Inkomna lex Sarah rapporter från verksamheter samt beslut/ställningstagande under perioden 2022-01-01 till 2022-06-30

Verksamhet	Inget missförhållande	Påtaglig risk för missförhållande	Missförhållande	Påtaglig risk för allvarligt missförhållande	Allvarligt missförhållande
Hemtjänst	1				
Vård- och omsorgsboende		1	1		
LSS		2			
Avdelningen för myndighetsutövning					
Dagverksamhet					
Allmänt inriktade insatser					

Sammanställning av rapporteringar om missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållanden

Hemtjänst

Det har inte inkommit någon rapport om att missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande förelegat enligt 14 kap. 3 § SoL.

Vård- och omsorgsboende

Det har inkommit två rapporter från vård- och omsorgsboende om att missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande förelegat enligt 14 kap. 3 § SoL.

Det har inkommit en rapport från Skogas äldreboende efter klagomål från anhöriga.

I samband med middagen upptäckte omvårdnadspersonal att den boende hostade och hade andningssvårigheter. Sjuksköterska tillkallades. Bedömning gjordes att det troligen fastnat mat i halsen. Då påbörjades omedelbart försök att få upp maten genom så kallad Heimlich manöver. Sjuksköterskan lyckades få upp en del av det som fastnat. 112 kontaktades för akut hjälp då den boenden fortfarande hade andningsbesvär. Den boende fördes med ambulans till sjukhus.

Händelsen bedömdes som påtaglig risk för missförhållande.

Åtgärder: Utöver de omedelbara åtgärder som nämns ovan har anpassning av kost, tillsyn vid måltider samt uppdatering av genomförandeplan utförts. Avvikelsen har lyfts på olika forum, överrapporteringsmallen har förtydligats och de boendes kost och nutrition följs upp veckovis.



Arbete med att förbättra överrapportering och kommunikation har pågått i verksamheten och följs upp regelbundet.

Det har inkommit en rapport från Ametisten där en demenssjuk boende var på promenad med personal och ville inte följa tillbaka till boendet. Boende ville springa iväg på en trafikerade gata och då var personal tvungen och hålla boendes hand mot boendesvilja. Boende tappar balansen och faller och får sår i huvudet.

Utredningen visar att riskbedömningar, upprättande av genomförandeplan samt bemötandeplan inte hade gjorts enligt rutiner. Detta trots att boende hade visat tecken på oro och aggression och återkommande uttryckt önskemål om att lämna boendet.

Händelsen bedömdes som missförhållande.

Åtgärder: Omedelbara åtgärder såsom att bli undersökt av en läkare skedde samma dag. Avvikelsen har tagits upp i olika forum och vikten av att följa rutin vid inflyttning har lyfts. De nödvändiga dokumenten som saknades när händelsen inträffade har upprättats. Inflyttningsprocessen har kompletterats med tidsangivelse för när uppföljning efter inflyttning ska ske samt att riskbedömningar ska följas upp på teammöten.

Gruppboendestäder, serviceboendestäder och daglig verksamhet, personlig assistans enligt lagen om särskilt stöd och service

Det har inkommit två rapporter om att missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande förelegat enligt 24 b § LSS.

En rapport har inkommit från MindMe Omsorg. Händelsen inträffade på daglig verksamhet i Danderyd. Brukare avviker mot E18 motorväg, varpå personal blir tvungna att springa ifatt brukaren. Därefter under längre tid arbeta för att lugna ner brukaren innan de återvänder till verksamheten.

Händelsen bedömdes som påtaglig risk för missförhållande.

Åtgärder: MindMe Omsorg uppdaterar befintlig riskanalys för den enskilda brukaren. Schema och aktiviteter planeras att erbjudas inomhus i första hand då verksamheten ligger i närheten av en motorväg för att minimera att händelsen uppstår igen.

Rapport har inkommit från Waxö daglig verksamhet som handlade om konflikt mellan två brukare där en av brukarna har tagit struhtag på den andra brukaren. De två brukarna hamnar ofta i verbala konflikter med varandra och vid detta tillfälle blev en av brukarna mer fysisk i sitt handlande. Personalen som såg händelsen gick omedelbart in och sårade på brukarna.

Händelsen bedömdes som risk för missförhållande.

Åtgärder: I den akuta situationen gick personal emellan och bröt konflikten och lugnade de andra brukarna som bevittnat händelsen. Därefter har samtal genomförts med de två inblandade samt med det som bevittnat händelsen. Verksamhetschefen har också varit i kontakt med företrädare för att informera om händelsen. Verksamhetschefen har uppdaterat riskbedömningarna och



pratad med alla medarbetare om det som hänt. Verksamheten arbetar sedan tidigare med sociala berättelser gällande kommunikation och det sociala samspelet i gruppen och båda har uppdaterats efter händelsen. Verksamheten har planerat in återkommande uppföljning av de arbetsmetoder som verksamheten använder.

Förvaltningens bedömning av ärendehantering

Förvaltningen fick information om händelsen och att en utredning hade påbörjats. Utredningen skickades inte till förvaltningen eftersom verksamhetschefen som skulle skriva under blev sjuk och kort därefter avslutade sin tjänst. Den nya chefen hade inte fått kännedom om att utredningen inte hade lämnats in till förvaltningen. Verksamheten kommer att se över sin rutin för att liknande inte ska hända igen.

Avdelning för myndighetsutövning

Det har inte inkommit några rapporter om att missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande förelegat enligt 14 kap. 3 § SoL och 24 b § LSS.

Dagverksamhet

Det har inte inkommit några rapporter om att missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande förelegat enligt 14 kap 3 § SoL.

Allmänt inriktade insatser såsom förebyggande och uppsökande verksamhet

Det har inte inkommit några rapporter om att missförhållande eller påtaglig risk för missförhållande förelegat enligt 14 kap. 3 § SoL.

Sammanställning av anmälningar om allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden

Hemtjänst

Det har inte inkommit någon rapport/utredning om att allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden förelegat enligt 14 kap. 7 § SoL.

Vård- och omsorgsboende

Det har inte inkommit någon rapport/utredning om att allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden förelegat enligt 14 kap. 7 § SoL.

Gruppbostäder, servicebostäder, personlig assistans och daglig verksamhet enligt lagen om särskilt stöd och service

Det har inte inkommit någon rapport/utredning om att allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden förelegat enligt 24 f § LSS.



Avdelning för myndighetsutövning

Det har inte inkommit någon rapport/utredning om att allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden förelägg enligt 14 kap. 7 § SoL och 24 f § LSS.

Dagverksamhet

Det har inte inkommit någon rapport/utredning om att allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden förelägg enligt 14 kap. 7 § SoL.

Allmänt inriktade insatser såsom förebyggande- och uppsökande verksamhet

Det har inte inkommit någon rapport/utredning om att allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden förelägg enligt 14 kap. 7 § SoL.



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-10-06
ON/2022:25

Avtalsuppföljning av vård- och omsorgsboenden LOV 2022

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen av vård- och omsorgsboenden enligt LOV-avtal utanför Solna 2022.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen omfattar tre vård- och omsorgsboenden utanför Solna.

Kvalitetsutvecklaren har följt upp samtliga delområden och utvecklingsplan. Avtalsuppföljningen har genomförts både digitalt och med fysiskt besök i verksamheten. Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, dokumentationsgranskning, observation samt intervju med verksamhetschef och medarbetare. Under intervjun har verksamhetschefen givits möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten. Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden maj till augusti 2022.

Samtliga verksamheter har ett tydligt och nära ledarskap där medarbetarna har regelbundna arbetsplatsträffar och planeringsdagar. Verksamheterna har ett systematiskt kvalitetsarbete med rutiner, egenkontroller och riskanalyser.

Boendes delaktighet framkommer delvis i utformandet av genomförandeplanen när insatser planeras hur stödet ska ges. Verksamheterna erbjuder råd där boende och närstående kan vara med och påverka så som mat, måltider och aktiviteter. Verksamheterna arbetar med kontaktmannaskap och arbetssättet är väl förankrat i verksamheten.

Gemensamt utvecklingsområde för verksamheterna är den sociala dokumentationen där den enskildes delaktighet vid upprättandet av genomförandeplanen behöver utvecklas. Alla verksamheter behöver ta fram rutin för att säkerställa kvaliteten vid chefsbyte. Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår och har ålagts att inkomma med utvecklingsplaner som ska beskriva hur de tänkt arbeta utifrån identifierade utvecklingsområden.

Handlingar

Avtalsuppföljningen av vård- och omsorgsboenden enligt LOV-avtal utanför Solna 2022.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Monica Lickander
Kvalitetsutvecklare



Bakgrund

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra avtalsuppföljningar av utförare som bedriver vård- och omsorgsboenden enligt LOV-avtal utanför Solna. Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter.

Uppföljningarna görs i alla verksamheter oavsett om de är upphandlade eller inte upphandlade. Resultatet från uppföljningarna visar hur kvaliteten utvecklas i verksamheten och vilka utvecklings- och förbättringsområden som finns inom respektive verksamhet. Uppföljningen syftar även till att identifiera goda exempel på arbetsätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler Solnabor till godo.

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

HAMMARBY SLOTT



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför avtalsuppföljningar på stadens vård- och omsorgsboenden med LOV-avtal när det bor fem eller fler Solna medborgare i verksamheten. Syftet med uppföljningen är att säkra att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheten bedrivs enligt regelverk.

Uppföljningen har genomförts på Hammarby Slott som är ett vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom och som drivs av They care. Hammarby slott ligger i ett naturskönt område i Upplands Väsby och har 48 lägenheter. I verksamheten bor vid uppföljningstillfället nio personer från Solna.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har gjort en avtalsuppföljning i verksamheten tillsammans med stadens medicinskt ansvariga sjuksköterska. Kvalitetsutvecklaren har följt upp verksamhetens samtliga delområden och tidigare utvecklingsplan. Avtalsuppföljningen har genomförts genom fysiskt besök i verksamheten den 9 augusti 2022. Vid uppföljningsmötet gjordes en genomgång av den enkät som skickats ut men som verksamhetschefen inte svarat på före besöket, intervju med en gruppleddare samt dokumentationsgranskning och måltidsobservation.

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Hammarby slott är ett vård- och omsorgsboende beläget i Upplands Väsby och erbjuder daglig utevistelse till alla boende. Verksamheten har ett nära och tillgängligt ledarskap med engagerade medarbetare. Verksamheten har kommit igång med sina fysiska träffar med både medarbetare, boende och närstående efter pandemin. Verksamheten har haft en del personalomsättning under året men vid uppföljningstillfället är det tämligen stabilt i medarbetargruppen. En utmaning som många andra verksamheter har är att rekrytera och bibehålla sjuksköterskor. I dagsläget är sjuksköterskebemanningen inte enligt lov-avtalet med Solna stad

Verksamheten har anställt en demensvårdsutvecklare och fokus kommer vara på att höja kompetensen hos medarbetarna i arbetet med personer med demenssjukdom. Verksamheten har ett antal utvecklingsområden att arbeta med såsom social dokumentation, samverkan och måltidssituation.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 30 september 2022. I utvecklingsplanen ska verksamheten beskriva hur man tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer att följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästkommande uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att

följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Möjligheter att påverka mat och måltider
	Livsmedelshygien
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Larm
	Hot och våld
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
	Avfallshantering
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras.

Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

■ 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

■ 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2022
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Aktiviteter och fritid	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Ledning och organisation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Tydligt arbetssätt finns och tillämpas. Verksamheten behöver ta fram rutin för att säkra kvaliteten vid chefsbyte.

Status	Utvecklingsområden
■ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Ledning och organisation

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Hammarby slott

Verksamheten har rutiner som tillämpas delvis i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
■ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Introduktion av sjuksköterska

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Personalbemanningen
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Bemanning utifrån avtal

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Det finns rutiner för extern och intern samverkan som behöver kompletteras.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Extern samverkan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Medarbetarnas delaktighet i verksamheten

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner och arbetssätt för att följa upp den sociala dokumentationen. Verksamheten behöver förtydliga den enskildes delaktighet i genomförandeplanen samt vidtagna åtgärder i social journal.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplaner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som är förankrade.

Status	Utvecklingsområden
<input checked="" type="checkbox"/> Aktiviteten är slutförd.	Boendemöten

Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Mat och måltider

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamhetens medarbetare har god kunskap om livsmedelshygien och utför de kontroller som efterfrågas. Verksamheten har utvecklat arbetssätt för att göra måltidssituationen till en trevlig stund på dagen, dock var flera i behov av måltidsstöd och situationen blev något stressad.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Mat och måltider

Aktiviteter och fritid

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten erbjuder flera aktiviteter varje dag och aktivitetsansvariga arbetar aktivt med att fånga in förslag och önskemål från boende. Under helgen är aktiviteterna knutna till våningen.

Säkerhet

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis i verksamheten. Rutinen för nyckelhanteringen behöver följas upp.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Nyckelhantering

Ekonomisk kontroll

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetschefen har arbetat i verksamheten i flera år och är utbildad socionom och leder och fördelar det dagliga arbetet. Verksamhetschefen har även ansvar för hälso- och sjukvården och har delegerat ansvaret till en sjuksköterska i verksamheten. Verksamheten har en ledningsgrupp bestående av fyra personer som fördelar ansvaret mellan sig att finnas till hands för medarbetare kvällar, helger och nätter. Det finns rutiner för verksamhetschefens semester och frånvaro.

Delområde	Kommentar
	Verksamhetschefen har en person som avlastar henne med en del praktiska göromål vilket är en ny funktion sedan 2022. Verksamheten saknar rutin för att säkerställa att kvaliteten bibehålls vid chefsbyte vilket behöver tas fram.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en anpassad mötesstruktur med väningsmöten var 14:e dag och arbetsplatsträffar 10 gånger per år. Verksamheten har kommit igång med sina fysiska träffar under våren. Till mötena bjuds även vikarier in och alla möten protokollförs och är tillgängliga för alla medarbetare. Medarbetarna ska signera att de tagit del av protokollen vilket kontrolleras av verksamhetschefen. Teammöten genomförs varje vecka där sjuksköterska, kontaktman, fysioterapeut och verksamhetschef går igenom varje boende inför rondan som är en gång i veckan. Beslut som fattas på mötet följs upp på nästkommande möte för att säkerställa att besluten har en förankring. Verksamheten har korta beslutsvägar vilket innebär att vissa utvecklingsfrågor och inköp kan ske snabbt vid behov av förändringar i till exempel aktiviteter
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från IVO om att bedriva vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom. Verksamhetschefen står som föreståndare på tillståndet.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en planerad bemanning på varje våningsplan med 10,93 tjänster och alla medarbetare har vårdutbildning (undersköterska eller vårdbiträdesutbildning). Verksamheten har haft en del personalomsättning av omvårdnadspersonal under året. Sjuksköterska finns dagtid 07.00-16.00 måndag till fredag. Under helgen används journalsjuksköterska under hela dygnet vilket inte följer nuvarande LOV-avtal. Verksamheten beskriver att det är svårt att tillgodose sjuksköterska under helgen utifrån avtalet. They care anlitar arbetsterapeut på konsultbasis, omfattningen har inte redovisats till staden. Verksamheten har många vikarierar att tillgå och verksamhetschefen "knyter" vikarier till varje våning för att öka personalkontinuiteten. Verksamheten har haft en viss personalomsättning under året och har nyligen anställt flera nya medarbetare. Vid måltidsobservationen observerades att personalbehovet var större då flera av de som bor i verksamheten är i behov av måltidshjälp. Det var utmanande för medarbetare att ge måltidsstöd koncentrat till en person då flera boende behövde stöd.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har en kravspecifikation för kompetens och vid nyrekrytering eftersträvas undersköterskekompetens. Verksamheten säkerställer att medarbetarna har kunskap i svenska språket och där behov finns av förstärkning i språket upprättas en handlingsplan. Rekrytering upptar mycket tid då det är svårt att få tag på undersköterskor, flera som arbetar i verksamheten håller på att utbilda sig till undersköterskor för att kunna arbeta kvar. Verksamheten arbetar aktivt med att ta emot praktikanter för att rekrytera framtida medarbetare.
Introduktion av nya medarbetare ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har skriftliga rutiner och checklista för introduktion. Rutin och checklista har förenklats med enklare språk och tydlig ansvarsfördelning av introduktionen. Verksamheten har skriftlig information som lämnas vid introduktionen som pågår under tre dagar. Verksamhetschefen följer upp introduktionen muntligt vid två tillfällen. Första uppföljningen görs i samband med introduktionen och sedan efter en månad vilket dokumenteras på en särskild blankett för att underlätta egenkontrollen av introduktionsrutinen. Introduktion av ny sjuksköterska behöver ses över så att ny medarbetare får tillgång till de system som krävs för att registrera avvikelser och åtgärder i kvalitetsregistren.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Verksamheten har en övergripande kompetensutvecklingsplan för vilka utbildningssatsningar som ska genomföras under året och under vilken period. Personalchefen håller i medarbetarsamtalen och där följs de individuella utvecklingsplanerna upp och uppdateras. Under 2022 kommer en kompetenssatsning på demens då verksamheten har en demensvårdsutvecklare. Utbildningen kommer att ske i fyra etapper och erbjudas alla medarbetare i verksamheten.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har lokal rutin för intern samverkan där det framkommer interna möten. Rutinen behöver utvecklas med frekvens på möten och vilka som deltar på respektive möte.
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har lokal rutin för extern samverkan som behöver utvecklas med frekvens på möten och vilka som deltar på respektive möte.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<p><u>Risakanalyser</u> Verksamheten inleder sitt systematiska kvalitetsarbete genom att göra risakanalyser på verksamhetsnivå, organisations- och medarbetar- samt individnivå. Utifrån de identifierade riskerna görs en planering över de egenkontroller som verksamheten ska fokusera på under året.</p> <p><u>Egenkontroller</u> Verksamheten gör egenkontroller utifrån ett fastslaget årshjul med olika intervall. Områden som följs upp är dokumentation, klagomål och synpunkter, aktuella genomförandeplaner, SBA-arbetet, fall, trycksår med flera.</p> <p><u>Rutiner</u> Verksamhetschefen, i samråd med ansvarig personalrepresentant, ansvarar för att upprätta nya rutiner och för att följa upp att rutinerna är aktuella. Rutinerna förankras och implementeras på arbetsplatsträffar. Verksamheten har system för att dokumentera, analysera och åtgärda de avvikelser som framkommer i verksamheten och det leder till förändrade rutiner och arbetssätt i verksamheten. Verksamheten har utvecklat sina arbetsätt i kvalitetsberättelsen.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för synpunkter och klagomål samt rapport om missförhållanden och rutinen är förankrad hos medarbetarna. Verksamhetschefen har genomgång av rutinen för rapport om missförhållande var fjärde månad. Verksamheten arbetar systematiskt med att sammanställa inkomna avvikelser och antalet avvikelser har ökat i samband med utbildningssatsningar. Medarbetare skriver oftare avvikelser i samband med hälso- och sjukvården men antalet avvikelser inom socialtjänsten har ökat. Medarbetarna skriver alla avvikelser på olika blanketter i avvaktan på att ett nytt system för dokumentation har köpts in. Medarbetarna är delaktiga i arbetet med synpunkter och klagomål som inkommer och gör handlingsplaner samt vidtar åtgärder.
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Medarbetarna är delaktiga i utvecklingen av verksamheten genom arbetsplatsträffar och planeringsdagar - det arbetet har delvis kommit igång efter pandemin. Verksamheten har en personalrepresentant som deltar vid ledningsgruppens kvalitetsutvecklingsmöten. Verksamhetschefen och personalrepresentanten är ansvariga för att upprätta rutiner och förankra rutinerna i arbetsgruppen. Medarbetarna är delaktiga i att upprätta den riskanalys som ligger till grund för de egenkontroller som ska göras under verksamhetsåret.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har upprättade och aktuella genomförandeplaner för samtliga boende från Solna. Av genomförandeplanen framgår de insatser som den enskilde behöver stöd i samt mål och delmål där det finns möjlighet att beskriva det. Det framgår att insatser ska göras under dagen men ingen exakt tidpunkt eller vem som kommer att ge stödet. Samverkan med anhöriga finns beskrivet i planen. Kvalitetsutvecklare tog del av två genomförandeplaner varav en innehöll samtliga delar som förväntas av en genomförandeplan. Förbättringsområden att bevaka är hur den enskilde varit delaktig vid upprättandet av planen. Planen kan utvecklas med tidsintervaller samt när uppföljning ska ske framöver.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten för sin sociala journal i Safe doc men verksamheten ska byta dokumentationssystem inom kort. Journalen innehåller delvis avvikelser från genomförandeplanen, händelser av betydelse och faktiska omständigheter. Social journal förs löpande och alla medarbetare dokumenterar.

Delområde	Kommentar
	Verksamhetens aktivitetsansvarig är metodstödjare inom system gällande behörigheter och utbildar löpande sina kollegor. Verksamheten har några utvecklingsområden gällande social journal och det handlar om beskriva vidtagna åtgärder och hur det har påverkat den enskilde. Verksamheten ska skriva in när genomförandeplan följs upp och planerad uppföljning, vidare behöver graden av måluppfyllelse framgå i journalen.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten har riktlinjer för social dokumentation och egenkontroller görs kontinuerligt. Egenkontroller som görs resulterar i olika åtgärder som kan vara av mer övergripande karaktär och ibland individuellt stöd från dokumentationsstödjaren.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten har skriftliga rutiner för kontaktmannaskap om vad som ingår i kontaktmannens uppdrag. Rutinen är förankrad hos medarbetarna. Varje boende har två ansvariga kontaktmän under dagen samt en kontakman på natten. Boende har kännedom om att de kan byta kontakman om så önskas. Kontaktmannen är den som har egentid med sin boende och har kontakt med anhöriga och företrädare utifrån inhämtat samtycke.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har informationsmaterial att lämna till en ny boende som flyttar in. Materialet är uppdaterat och det används en checklista för att säkerställa att allt kommer med. Verksamheten har tagit fram en rutin för informationsöverföring. I rutinen framgår det vem som ansvarar för vilken information utifrån funktion och ansvar. Förändringar förmedlas oftast genom kontaktmannen som har regelbunden kontakt med anhöriga och god man. Verksamhetschefen skickar ut månadsbrev till närstående och företrädare. Verksamheten har återupptagit sina närståendemöten som sker var fjärde månad.
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Den enskildes självbestämmande framkommer vid framtagandet av genomförandeplanen och i beskrivningen av hur det individuella stödet ska utformas. Boende har möjlighet att inkomma med klagomål och synpunkter på verksamheten. Verksamhetens aktivitetsansvarig håller i boenderåd där den enskilde kan lyfta fram önskemål om aktiviteter, maträtter och annat som de önskar föra fram till ledningen. Aktivitetsansvariga träffar alla boende och det blir naturligt att lyfta fram sina synpunkter och förslag. Återkoppling sker på nästkommande möte - alla möten protokollförs.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamhetens värdegrund har implementerats hos medarbetare på arbetsplatsträffar. Verksamheten kommer att arbeta med bemötandefrågor utifrån verksamhetens nya funktion demensvårdsutvecklare, som kommer att erbjuda utbildning i bemötande till alla medarbetare. Redan idag diskuteras bemötande och arbetssätt på teammöten varje vecka och där kan medarbetare få stöd, tips och råd i olika situationer. Verksamhetschefen har informerat om Solna stads kvalitetsdeklaration och den förvaras i boendepärmen för att vara tillgänglig när genomförandeplanen och uppföljningar görs på individnivå.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten erbjuder stöd till anhöriga i form av samtal med läkare, sjuksköterska eller ledning. Det vanligaste är att kontaktmannen identifierar att det finns behov av stöd och hänvisar till verksamhetschefen som bjuder in till samtal. Verksamhetschefen informerar även om det anhörigstöd som Solna stad kan erbjuda inom den förebyggande verksamheten.

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ◆ 2. Delvis godkänd	Boende ges möjlighet att välja mellan två olika rätter och den rätt som får flest önskingar beställs. Om den boende absolut inte tycker om maten kan annan kost erbjudas. Verksamheten har egenkontroller för måltidsordning och rutiner för måltider följs en gång i veckan. Verksamheten har infört boråd där boende kan lämna önskemål på olika maträtter. När genomförandeplanen upprättas frågas det

Delområde	Kommentar
	specifikt efter den enskildes favoriträtter. Måltiden var lugn och tv och radio var avstängda och medarbetare småpratade medan de gav måltidsstöd. Det var flera som var i behov av måltidsstöd och någon fick vänta på sin tur för att få stöd med matintaget. Medarbetarna har ett fint bemötande till boende men ett par extra händer hade behövts.
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för livsmedelshygien och genomför de kontroller som efterfrågas. Medarbetarna har kunskap om livsmedelshygien. Vid måltidsobservationen användes förkläden, håret var uppsatt och medarbetarna bar inga smycken och klockor.

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Verksamheten har aktivitetsansvariga och det erbjuds flera aktiviteter varje dag måndag-fredag. Boende har möjlighet att komma med egna förslag både muntligt och skriftligt. Aktiviteter som sker under dagen presenteras på varje våning och boende får hjälp att komma till lokalen. Aktiviteter erbjuds både inom- och utomhus och enligt verksamhetschefen erbjuds alla boende promenad två gånger per dag. Boende har även inplanerad tid med sin kontaktman en gång i veckan och då erbjuds möjlighet till individuella aktiviteter. Under helgen erbjuds våningsaktiviteter i form av bakning, sång och promenader. Aktivitetsansvarig har skapat ett schema för helgens aktiviteter och egenkontroll av dessa görs varje måndag för att säkerställa att aktiviteter även erbjuds under helgen.



Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheten har information om tystnadsplikt och alla medarbetare får en genomgång av tystnadsplikt och skriver under vid introduktionstillfället. Verksamhetschefen går igenom tystnadspliktens omfattning två gånger per år för att säkerställa att medarbetarna har kunskap om lagstiftningen
Nyckelhantering ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har skriftliga rutiner för den enskildes nycklar och nycklarna förvaras i ett låst skåp. Lägenhetsnycklarna kvitteras vid uttag och återlämning. Verksamhetschefen gör egenkontroller över att nyckelrutinen efterlevs var 4-6:e vecka. Verksamheten har rutiner för verksamhetens nycklar och hur dessa ska signeras när arbetspasset börjar. Rutinen fungerar inte och verksamheten gör egenkontroll flera gånger i veckan för att säkerställa att den efterlevs.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten håller på att uppdatera sina skriftliga rutiner och ändrat arbetssätt med boendes privata medel för att öka säkerheten i hanteringen. Rutinen fungerar bra och är väl implementerad.
Larm ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för trygghetslarm och andra larm som används i verksamheten. Verksamheten gör en individuell bedömning om den enskilde klarar av att hantera ett trygghetslarm, vilket framkommer i den sociala journalen. För boende som saknar förmåga att använda larm och påkalla hjälp tillgodoses behovet av tillsyn genom täta fysiska besök, som beskrivs i genomförandeplanen. Verksamheten håller för närvarande på att uppdatera sitt larm till en digital lösning med flera funktioner, men övergången är inte helt klar vid uppföljningstillfället.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för hot och våld som är anpassade utifrån olika situationer. Verksamheten har haft utbildning och samtal om våld och hot vid teammöten för att öka medarbetarnas kunskap. Medarbetarna har även fått information om vikten av att uppmärksamma blåmärken och oro.

Delområde	Kommentar
Nyckelhantering ■ Ej genomförd	
Ökad brandsäkerhet ■ Ej genomförd	
Strömavbrott	

Delområde	Kommentar
<input type="checkbox"/> Ej genomförd	
Hot och våld <input type="checkbox"/> Ej genomförd	
Trygghetslarm <input type="checkbox"/> Ej genomförd	
Avstängda hissar <input type="checkbox"/> Ej genomförd	
Avfallshantering <input type="checkbox"/> Ej genomförd	

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet  2. Delvis godkänd	Hammarby slott Rating 48
Skattekontroll  3. Godkänd	Hammarby slott Organisationsnummer: 556767-1994 <hr/> Namn: Hammarbygruppen vård omsorg AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: NEJ Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter: 1 aug-22 608 669,00 jul-22 633 767,00 jun-22 627 327,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

PERSIKAN



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning gällande LOV-avtal för vård- och omsorgsboenden när fler än fem Solnabor bor i verksamheten. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheten för de som har avtal med Solna stad.

Persikan är belägen i Akalla och drivs av Kavat vård. Verksamheten har tillstånd från IVO att driva vård- och omsorgsboende. Persikan är ett boende för persisktalande äldre personer med demenssjukdom. Persikan har ett LOV-avtal med Solna stad sedan 2013. Persikan har sju personer från Solna som bor i verksamheten vid uppföljningstillfället.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp verksamhetens samtliga delområden och tidigare utvecklingsplan. Avtalsuppföljningen har genomförts digitalt i form av teammöte den 11 maj 2022 samt ett fysiskt möte den 11 juni 2022. Vid uppföljningsmötet i maj gjordes en genomgång av den enkät som verksamhetschefen svarat på och vid det fysiska mötet har social dokumentations granskats samt en måltidsobservation. Intervju av medarbetare gjordes gällande social dokumentation med en medarbetare.

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten ligger i rymliga och nybyggda lokaler i Akalla och vänder sig till persisktalande personer med demenssjukdom. Verksamhetschefen har mångårig erfarenhet av att arbeta som ledare och har engagerade medarbetare. Personalkontinuiteten är hög och arbetsgruppen har boende i fokus. Verksamheten har påbörjat arbetet med att komma tillbaka i tidigare rutiner efter pandemin.

Verksamheten har påbörjat att inventera önskemål om olika aktiviteter för att ta fram en ny plan inför hösten. Vissa gemensamma aktiviteter har kommit startat upp igen. Verksamheten har även startat råd för att öka delaktigheten att påverka måltider och aktiviteter.

Verksamheten har återupptaget arbete med kompetensutveckling för medarbetare och kommer att satsa på svenska språket och en utbildningsinsats som Stockholm stad erbjuder undersköterskor.

Verksamhetens sociala dokumentation har utvecklats och blivit mer tillgänglig för medarbetare då social journal och genomförandeplan finns tillgänglig i telefonen och medarbetare skriver direkt i mobilen.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 30 september 2022. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer att följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästkommande uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Möjligheter att påverka mat och måltider
	Livsmedelshygien
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Larm
	Hot och våld
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
	Avfallshantering
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av områden

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2022
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner som är implementerade i arbetsgruppen. Verksamheten behöver ta fram en rutin för att vara uppmärksam på att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyten.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens organisation

Personal och utbildning

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och efterlevs i verksamheten.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas.

Social dokumentation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner för social dokumentation och som är implementerade hos medarbetare. Verksamheten behöver arbeta med att minska antalet veckosammanfattningar och utveckla den enskildes delaktighet vid upprättande av genomförandeplan.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

Självbestämmande och integritet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och arbetssätt som är implementerade hos medarbetare.

Mat och måltider

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutin och arbetssätt gällande mat och måltider.

Aktiviteter och fritid

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner för hur aktiviteter ska genomföras och den enskilde har möjlighet att vara med och påverka.

Säkerhet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har delvis rutiner som följs upp och är implementerade. Verksamheten behöver se över sina rutiner gällande den enskildes nycklar till läkemedelsskåpen.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Läkemedelsskåp

Ekonomisk kontroll

● 4. Uppfyller kraven

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Ledning består av verksamhetschef, biträdande verksamhetschef och omvårdnadscoordinator. Verksamhetschefen är utbildad sjuksköterska och har lång erfarenhet av arbete i ledande ställning. Omvårdnadscoordinator är undersköterska som ansvarar för att leda och planera det dagliga arbetet på våningen. På kvällar och helger finns en skiftledare som ansvarar för att leda arbetet och vid behov tas kontakt med chefsjouren, som finns tillgänglig dygnet runt. Rutin för att säkerställa att kvaliteten inte påverkas vid chefsbyte behöver tas fram.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig mötesstruktur med lokal ledningsgrupp som träffas varje vecka, APT en gång i månaden, våningsmöte vid behov och planeringsdagar två gånger per år. Mötena har en fast agenda och protokollförs så de är tillgängliga för alla som är berörda. Verksamheten har tvärprofessionella omvårdnadsmöten med sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal för att följa upp att vården kring den enskilde är bra. Tvärprofessionella mötena har återigen kommit i gång efter pandemin och en planering har gjorts för att följa upp varje boende individuellt. Uppföljningsmöten återkopplas till boende om det blir förändringar i genomförandeplan och /eller vårdplan.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från IVO att bedriva verksamheten och nuvarande verksamhetschef är angiven på tillståndet.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
-----------	-----------

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamhetens medarbetare är till stor del tillsvidareanställda och personalkontinuiteten är hög. Vid sjukdom av ordinarie medarbetare finns vikarier att boka in. Verksamheten har en grundbemanning utifrån schema och om behoven förändras genom att en vårdtyngds mätning genomförs tas vikarier in tills grundbemanningen har ändrats.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamhetens medarbetare är utbildade undersköterskor till 90% och vid nyrekrytering efterfrågas undersköterskekompetens. Verksamheten är inriktad på persiktalande boende och det är viktigt att medarbetare har kunskap och förståelse för språket och traditioner. Rekrytering är en utmaning för hela verksamhetsområdet och sedan pandemin har det varit svårare att rekrytera medarbetare med rätt kompetens. .
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för introduktion av nya medarbetare. Checklista används som stöd vid introduktionen och det finns skriftligt material att lämna till ny medarbetare i samband med introduktion. Ny medarbetare går dubbelt två arbetspass, ett morgon- och ett kvällspass. Alla medarbetare har kunskap om att introducera nya medarbetare. Verksamhetschefen följer upp introduktionen muntligt och skriftligt efter två veckor.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Verksamheten har under pandemin inte kunnat erbjuda fysiska utbildningar till sina medarbetare utan fokus har varit e-utbildningar. I verksamhetens generella utbildningsplan så kommer satsningar göras inom yrkessvenska för att utveckla det svenska språket. Verksamheten deltar också stjärnmärkta medarbetare i samarbete med Stockholmsstad som är en kompetensutvecklings inom demenssjukdom. Vidare kommer alla medarbetare att göra Demens ABC+. Alla medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan som ligger till grund för den generella utbildningsplanen som upprättas. Där finns även andra satsningar som framkommit vid uppföljningar, avvikelser och egenkontroller.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har identifierat de interna processerna och den samverkan som behövs inom verksamheten och överlämningar sker mellan varje arbetspass muntligt och tid för att ta del av dokumentationen. Verksamheten har rutin för intern samverkan med en tydlig struktur för möten med HSL personal, ledning och rapportering mellan medarbetare.
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för extern samverkan och rutinen är implementerad hos medarbetarna

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har ett kvalitetsledningssystem med tydliga rutiner för att utveckla verksamhetens kvalitet. Rutiner finns både på en övergripande och på en lokal nivå i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att tillsammans med kvalitetschefen göra en årlig översyn så att rutiner är aktuella och uppdaterade. Nya och förändrade rutiner presenteras på APT-möten och skickas därefter ut via Safe doc. Alla rutiner finns på intranätet och i en pärm. Nyanställda får en genomgång av rutinerna under introduktionstiden. Verksamheten gör egenkontroller utifrån ett årshjul. Egenkontrollen omfattar i stort sett samtliga verksamhetsområden med en övervikt mot hälso- och sjukvården. Egenkontroll görs av social dokumentation, följsamhet i olika rutiner, basala hygienrutiner och signeringar. En gång varje år görs en central uppföljning av kvalitetschefen inom Kavåt vård. Det finns en rutin för när riskanalyser ska göras och som beskriver vilka risker som ska bedömas - arbetsmiljö, kvalitet och risker för den enskilde. Riskanalyser bedöms och analyseras utifrån olika nivåer i organisation. Riskanalyser gällande boende är mer förankrat hos medarbetare än övriga områden.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för avvikelser, klagomål- och synpunkter och rutinen är förankrad hos medarbetare. Medarbetarna kan skriva avvikelser direkt i systemet och skicka till ansvarig chef och det har lett till att fler avvikelser blir dokumenterade. Inkomna avvikelser och klagomål utreds och analyseras av verksamhetschefen, som också ansvarar för att åtgärder vidtas. Avvikelser diskuteras på ledningsgruppsmöten samt återkopplas till medarbetare på

Delområde	Kommentar
	arbetsplatsträffar. Rutiner finns för LEX Sarah och dessa går igenom en gång per år. Inga rapporter om missförhållanden har rapporterats under året. Rutinen för klagomål är förankrad i verksamheten och det finns blanketter tillgängliga för anhöriga och boende. Verksamheten har arbetat med att ta emot muntliga klagomål och säkerställer att de blir nedskrivna och lämnade till verksamhetschefen.
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har kvalitetsfrågor på agendan vid arbetsplatsträffar och då återförs avvikelser/klagomål som inkommit och vilka åtgärder som vidtagits i en lärande process. Vidtagna åtgärder kan resultera i förändrade rutiner och arbetssätt som diskuterades på arbetsplatsträffarna. Verksamhetens medarbetare har ombudsroller där de har särskilda ansvarsområden som de ansvarar för att säkerställa att rutiner finns och att informera kollegor om nya arbetssätt och rutiner. Verksamheten har förtydligat medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet genom en stående punkt på arbetsplatsträffen.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Genomförandeplaner finns för samtliga personer från Solna och uppföljning görs var sjätte månad eller oftare om behov finns. I planen så framgår i de insatser som den enskilde har behov av delmål finns beskrivet. Genomförandeplanen visar på planerade insatser under dagen. Verksamheten dokumenterar i Safe doc och har en app i telefonen där medarbetare kan ta del av genomförandeplanen. Verksamheten behöver arbeta med att tydliggöra hur den enskilde varit delaktig vid upprättandet av planen.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten använder Safe doc som dokumentationsstöd. Medarbetare har möjlighet att dokumentera i både dator och i mobiltelefon vilket har gjort dokumentationen mer tillgänglig. Det ger medarbetare möjlighet att dokumentera i nära anslutning till att insatsen ges. Journalen förs i kronologisk ordning och verksamheten använder olika sökord att dokumentera under. Verksamheten gör veckosammanfattningar vilket kan leda till en dubbeldokumentation och ska användas med försiktighet. Egentiden som den enskilde har rätt till dokumenteras varje vecka under eget sökord för att säkerställa att den erbjuds och genomförs enligt planering.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Verksamheten har skriftliga rutiner för social dokumentation. Verksamheten har dokumentationsstöd som kan hjälpa kollegor att korrektur läsa och få stöd med formuleringar. Verksamheten har egenkontroller för social dokumentation. Egenkontrollen av genomförandeplanen har visat att verksamheten behöver utveckla sina arbetssätt att beskriva den enskildes delaktighet i upprättandet samt att skriva kärnfullt hur i den enskilde önskar få sina insatser utförda.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktnannskap ● 3. Godkänd	Verksamheten arbetar med kontaktnannskap och skriftlig rutin finns med en checklista. Alla medarbetare har uppdrag som kontaktnann som ordinarie eller vice. Det framgår att boende kan byta kontaktnann. den egentid som verksamheten erbjuder varje boende ges av kontaktnannen och dokumenteras i den sociala journalen. Verksamheten gör egenkontroller att kontaktnannens ansvar fullföljs och att medarbetarna är förtroga med vad som ingår i uppdraget.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin och en checklista för att ta emot en ny brukare i verksamheten. Rutinen behöver ses över och kompletteras för att fullfölja båda lagstiftningarna SoL och HSL. Verksamheten har skriftligt material att överlämna om verksamheten. Vid behov och större förändringar skickar verksamhetschefen ut informationsbrev till anhöriga och medarbetare, som kan hjälpa till att sprida informationen.
Delaktighet och kommunikation ● 3. Godkänd	Verksamheten har tidigare haft bomöten och bjudit in till anhörigträffar två gånger per år det har legat nere under pandemin och arbetssätten är på väg att införas igen. Verksamhetens medarbetare bjuder in till delaktighet utifrån varje boendes individuella behov. Boende erbjuds samtal med sin kontaktnann som ansvarar för att fånga in synpunkter och för att förmedla dem till gruppen.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten har arbetat med företagets värdegrund för att utveckla bemötandet hos medarbetarna samt för att utarbeta bemötandeplaner. Verksamheten kommer fortsätta sitt arbete med bemötandeplaner för de personer där behov finns. Värdegrundsfrågor diskuteras på arbetsplatsträffar och det arbetet kommer att bli tydligare nu när verksamheten kan ha fysiska träffar. Verksamheten har informerat om och implementerat Solna stads kvalitetsdeklaration för vård- och omsorgsboenden hos medarbetarna.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten erbjuder stöd till anhöriga och oftast är det verksamhetschef och sjuksköterska som ger stöd. Verksamheten har kännedom om det anhörigstöd som Solna kan erbjuda.

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Verksamheten har boenderåd och då finns det möjlighet att vara med och påverka valet av maträtter. Kontaktmannen har ett ansvar att lyssna in måltidsönskemål när den enskilde har egen tid inplanerat. Verksamheten har en persisk inriktning vilket innebär att traditionell persisk mat lagas av egen kock. Måltiden är en viktig del av dagen, dukningen var trevlig och samtalen flöt på under lunchen. Maten var god och alla åt med god aptit.
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten har en anställd kock som lagar persisk mat till alla som bor på boendet. Boendet har tre våningsplan och det innebär att kocken flyttar runt i huset och lagar mat på olika avdelningar så att alla boenden ska få känna lukten av den mat som lagas. Det innebär att verksamheten har särskilda regler att följa utifrån livsmedelslagstiftningen. Verksamheten har haft kontroller och allt är till belåtenhet. Medarbetare har inte tillgång till köket på samma sätt som andra verksamheter de dagar då kocken lagar mat i köket. Dock har de medarbetare som vistas i köket förkläde och uppsatt hår.

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Verksamheten har aktivitetsansvarig som ansvarar för att planera och fånga in förslag på olika aktiviteter. Aktiviteter anordnas varje dag under veckorna och på helgen ansvarar medarbetarna för att göra olika aktiviteter. Boende har forum att lyfta önskemål om olika aktiviteter. Verksamheten arbetar just nu med att utvärdera de aktiviteter som erbjuds för inför planeringen till hösten. Verksamheten har gemensamma aktiviteter i mindre skala som kommit igång efter pandemin. Kontaktmannen har egentid med sina boende en timme i veckan och det finns möjlighet att samla och spara tid för att göra en längre utflykt som ett alternativ för de som inte önskar delta i allmänna aktiviteter. Boendes egentid registreras i Safe doc för att säkerställa att alla får den som planerat.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheterna har skriftlig rutin för tystnadsplikt och sekretess. I samband med introduktion skriver medarbetare på tystnadsplikt. Rutinen lyfts på APT en gång per år för att säkerställa att medarbetare har kunskap om rutinen.
Nyckelhantering ◆ 2. Delvis godkänd	Rutiner för nyckelhantering finns. Boendes nycklar förvaras i ett låst skåp på kontoret. All hantering av boendes nycklar signeras, vid uttag och återlämning av nycklar. Verksamheten har huvudnycklar som kvitteras ut till de medarbetare som arbetar under dygnet och som passar till samtliga dörrar. Nycklar till boendes läkemedelsskåp förvaras i låst skåp ingen signering görs när vid uttag eller återlämnande. Verksamheten saknar rutiner för egenkontroll att nycklar hanteras på ett korrekt sätt.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för privata medel och det är kontaktmannen som ansvarar för de inköp som ska göras utifrån den upprättade överenskommelsen, alla brukare har bankkort för att slippa hantera kontanter. Kontaktmannen redovisar de kvitton som är efter att inköp har genomförts. Det finns blankett för överenskommelse för hur privata medel ska användas som ska upprättas hos alla personer som bor i verksamheten. Verksamheten har

Delområde	Kommentar
	säkerställt att det finns skriftliga överenskommelser. Den enskildes anhöriga/företrädare håller koll på det som handlas och gör de egenkontroller som krävs vid misstanke att privata medel används på ett felaktigt sätt så kontaktas verksamhetschefen.
Larm ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för de larm som finns i verksamheten. Vanligast är trygghetslarm och rörelselarm och larmen testas varje dag. Verksamhetens team gör en individuell bedömning av den enskildes behov av larm samt säkerställer att den enskilde kan larma vid behov och detta dokumenteras i Safe doc. Om den enskilde tackar nej till larm och inte kan använda larm planeras täta tillsynsbesök in.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har uppdaterat sina rutiner för hot och våld. Rutin för våld i nära relation och hur riskanalys ska göras finns när risker har identifierats. Medarbetarna reflekterar och diskuterar hot och våld på arbetsplatsträffar.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																						
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Persikan Rating 94																						
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Persikan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Organisationsnummer:</td> <td>556702-2511</td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td>Kavat Vård AB</td> </tr> <tr> <td>Godkänd för F-skatt:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för moms:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad som arbetsgivare:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beslutade arbetsgivaravgifter:</td> </tr> <tr> <td> r:1</td> <td></td> </tr> <tr> <td> sep-22</td> <td>3 975 227,00</td> </tr> <tr> <td> aug-22</td> <td>4 229 529,00</td> </tr> <tr> <td> jul-22</td> <td>3 962 390,00</td> </tr> </tbody> </table>	Persikan		Organisationsnummer:	556702-2511	Namn:	Kavat Vård AB	Godkänd för F-skatt:	JA	Registrerad för moms:	JA	Registrerad som arbetsgivare:	JA	Beslutade arbetsgivaravgifter:		r:1		sep-22	3 975 227,00	aug-22	4 229 529,00	jul-22	3 962 390,00
Persikan																							
Organisationsnummer:	556702-2511																						
Namn:	Kavat Vård AB																						
Godkänd för F-skatt:	JA																						
Registrerad för moms:	JA																						
Registrerad som arbetsgivare:	JA																						
Beslutade arbetsgivaravgifter:																							
r:1																							
sep-22	3 975 227,00																						
aug-22	4 229 529,00																						
jul-22	3 962 390,00																						

Rapport: Avtalsuppföljning 2022

LOV, VÅRD- OCH OMSORGSBOENDEN UTANFÖR SOLNA



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför årligen avtalsuppföljningar av vård- och omsorgsboenden utanför Solna när det bor fler än fem Solnabor. Avtalsuppföljningen omfattar tre vård- och omsorgsboenden som har avtal enligt LOV. Uppföljningen har genomförts på samtliga områden och delområden. Verksamheter som följts upp är Villa Botvid (Vardaga), Persikan (Kavat vård) och Hammarby slott.

Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter. Uppföljningarna syftar även till att identifiera goda exempel som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler Solnabor till godo.

Tillvägagångssätt och metod

Kvalitetsutvecklaren har följt upp verksamhetens samtliga delområden och tidigare utvecklingsplan. Avtalsuppföljningen har genomförts både digitalt med teamsmöte och fysiskt besök i verksamheten. Vid uppföljningsmötet gjordes en genomgång av den enkät som verksamhetschefen svarat på samt granskning av social dokumentation samt måltidsobservation. Kvalitetsutvecklaren har intervjuat medarbetare i verksamheten.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att inkomma med en utvecklingsplan som beskriver verksamheternas fortsatta arbete utifrån identifierade utvecklingsområden.

Sammanfattande bedömning

Samtliga verksamheter har ett tydligt och nära ledarskap där medarbetarna har regelbundna arbetsplatsträffar och planeringsdagar. Personalkontinuiteten är relativt hög och verksamheterna arbetar aktivt med vårdtyngdsmätningar för att säkerställa att varje våning har en bemanning utifrån boendes behov. Verksamheterna har ett systematiskt kvalitetsarbete med rutiner, egenkontroller och riskanalyser. Rutiner lyfts regelbundet på arbetsplatsträffar och presenteras på verksamheternas intranät. Verksamheten har rutiner för synpunkter och klagomål som åtgärdas och diskuteras på arbetsplatsträffar.

Boendes delaktighet framkommer delvis i utformandet av genomförandeplanen när insatser planeras för hur stödet ska ges. Verksamheterna erbjuder även olika råd där boende och närstående kan vara med och påverka. Exempel på råd som erbjuds är råd gällande mat och måltider och aktiviteter, som har kommit igång igen efter pandemin. Verksamheterna arbetar med kontaktmannaskap och arbetssättet är väl förankrat i verksamheten och alla erbjuder egentid en timme i veckan med ansvarig kontaktman.

Gemensamt utvecklingsområde för verksamheterna är den sociala dokumentationen där den enskildes delaktighet vid upprättandet av genomförandeplanen kan utvecklas. Vidare behöver verksamheterna arbeta med det som skrivs i social journal. Alla verksamheter behöver ta fram rutin för att säkerställa kvaliteten vid chefsbyte.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Möjligheter att påverka mat och måltider
	Livsmedelshygien
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Larm
	Hot och våld
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
	Avfallshantering
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

■ 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

■ 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.

◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.

● 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

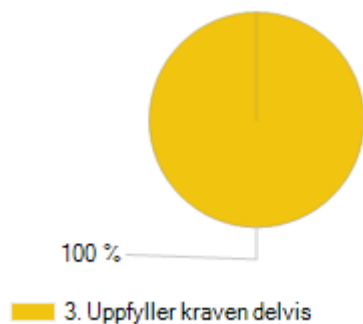
● 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2022	
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	67 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	33 (%)
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	67 (%)
	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	33 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
	● 4. Uppfyller kraven	67 (%)
Mat och måltider	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	33 (%)
	● 4. Uppfyller kraven	100 (%)
Aktiviteter och fritid	● 4. Uppfyller kraven	33 (%)
Säkerhet	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	67 (%)
	● 4. Uppfyller kraven	67 (%)
Ekonomisk kontroll	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	33 (%)
	● 4. Uppfyller kraven	67 (%)

	Villa Botvid	Hammar by slott	Persikan	SUMMA
Ledning & organisation	◆ 3	◆ 3	◆ 3	9
Personal & utbildning	● 4	◆ 3	● 4	11
Samverkan	● 4	◆ 3	● 4	11
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4	● 4	● 4	12
Social dokumentation	◆ 3	◆ 3	◆ 3	9
Självbestämmande & integritet	● 4	● 4	● 4	12
Bemötande & anhörigstöd	● 4	● 4	● 4	12
Mat och måltider	● 4	◆ 3	● 4	11
Aktiviteter och fritid	● 4	● 4	● 4	12
Säkerhet	● 4	◆ 3	◆ 3	10
Ekonomi	● 4	◆ 3	● 4	11
SUMMA	42	37	41	

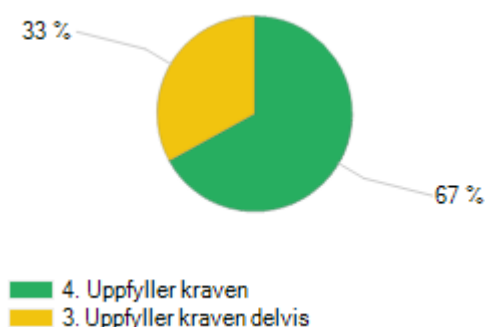
Ledning och organisation



Verksamheterna har ett nära ledarskap och en tydlig arbetsledning. Det finns en namngiven ersättare när ordinarie verksamhetschef är ledig och information ges till alla medarbetare. Arbetsplatsträffar genomförs regelbundet varje månad med tydlig agenda och som protokollförs. Minnesanteckningar finns tillgängliga för alla via interna system och pärmar. Verksamheterna behöver ta fram rutiner som ska säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte.

Verksamheter har tillstånd från IVO att bedriva vård- och omsorgsboende och ansvarig verksamhetschef finns angiven på tillståndet.

Personal och utbildning

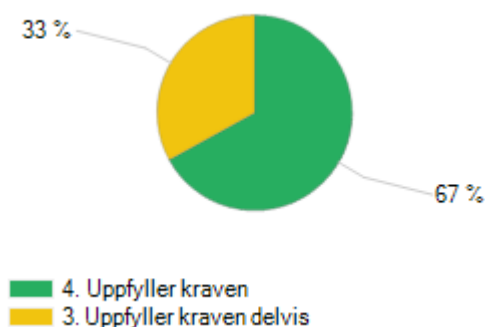


Verksamheterna har en relativt hög personalkontinuitet och medarbetarna har erfarenhet av att arbeta inom äldreomsorgen. Under pandemin har det varit en viss personalomsättning. Verksamheterna är grundbemannade utifrån ett schema och tillför resurser vid behov. Verksamheten eftersträvar att anställa undersköterskor vid nyrekrytering vilket kan vara en utmaning. Samtliga verksamheter har rutiner för introduktion av nya medarbetare och det finns checklistor samt skriftligt material att lämna. Uppföljning av introduktionen kan utvecklas i en av verksamheterna med inriktning på andra funktioner som arbetar i verksamheten.

Samtliga verksamheter arbetar utifrån en övergripande kompetensutvecklingsplan. Vid medarbetarsamtalet diskuteras individuella kompetenssatsningar för varje medarbetare, som sen ligger till grund för de kompetenssatsningar som framkommer i den generella utbildningsplanen. Under pandemin har enbart e-utbildningar kunnat erbjudas i verksamheterna.

Verksamheterna har tydliga rutiner och arbetssätt för att säkra bemanningen vid planerad och oplanerad frånvaro. Tillgången av vikarier är relativt god. Verksamheterna har rutiner för att inventera rekryteringsbehov både på kort och lång sikt.

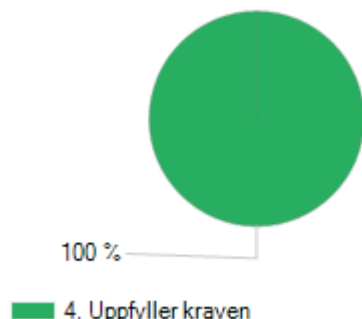
Samverkan



Verksamheterna har inarbetade arbetssätt för att samverka både internt och externt. Det finns rutiner för samverkan med HSL- personal, ledning och rapportering mellan medarbetarna. Verksamheterna är positiva till

samverkan med andra aktörer efter att samtycke har inhämtats från den enskilde. En av verksamheterna har samverkan som ett utvecklingsområde.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

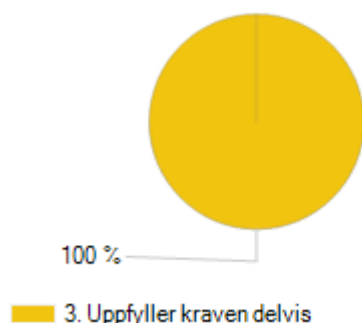


Verksamheterna arbetar systematiskt i sitt kvalitetsarbete med att göra riskanalyser och egenkontroller. Egenkontroller genomförs oftast utifrån ett planerat årshjul. Rutiner följs upp en gång per år om att de är aktuella och presenteras muntligt på arbetsplatsträffar och finns sedan tillgängliga på företagets interna webbsida.

Samtliga verksamheter har rutiner för avvikelserapportering och några av utförarna har system där medarbetarna kan rapportera avvikelser direkt då de uppmärksammas. Återkoppling av inkomna och åtgärdade avvikelser, klagomål och synpunkter ges på arbetsplatsträffar. Verksamhetens medarbetare löser de flesta avvikelser när de uppstår och troligtvis därav att det är en låg rapportering. Verksamheterna har utvecklat sina arbetssätt gällande muntligt framförda klagomål och synpunkter.

Verksamheter är positiva till att medarbetarna inkommer med förslag, idéer och önskemål om hur arbetet kan utvecklas. Verksamheterna arbetar med olika ombudsroller där medarbetarna får ett särskilt ansvar att utveckla metoder och arbetssätt.

Social dokumentation

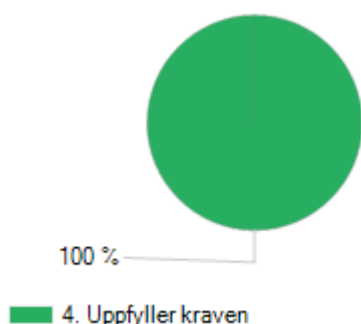


Verksamheterna har rutiner gällande social dokumentation och för dokumentation utifrån sökord i Safe doc. Rutinen för social dokumentation är förankrad hos medarbetarna. Verksamheterna kan utveckla boendes delaktighet vid upprättandet av genomförandeplanen.

Den sociala journalen har blivit bättre men verksamheterna behöver upphöra med att göra sammanfattningar då det riskerar att blir dubbeldokumentation. Den sociala journalen ska föras i kronologisk ordning, det ska framgå vilka åtgärder som vidtagits och har återkopplats till den enskilde, och det ska vara enkelt att följa den

dokumentation som förs.

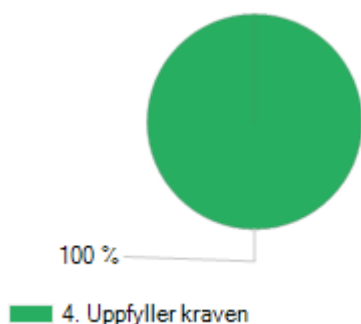
Självbestämmande och integritet



Verksamheterna arbetar med kontaktmannaskap och det finns nedskrivit vad som ingår i uppdraget. Varje boende har två kontaktmän för att säkerställa att någon alltid är i tjänst. En verksamhet har en intern utbildning för vad som ingår i kontaktmannens uppdrag och kontrollerar att det efterlevs. I alla verksamheter kan boende byta kontaktman om personkemin inte skulle stämma. Verksamheterna erbjuder egentid med kontaktmannen varje vecka.

Det finns rutiner och checklista för att ta emot en ny boende i verksamheten. Det finns skriftligt material att lämna till en ny boende och anhörig. Alla verksamheter har boråd för att möjliggöra för boende att komma med synpunkter och förbättringsförslag på verksamheten.

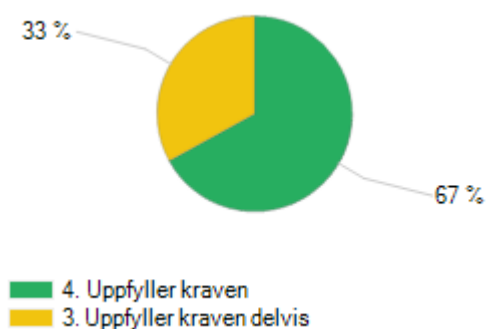
Bemötande och anhörigstöd



Verksamheterna har arbetat med att implementera värdegrunden hos medarbetarna för att utveckla bemötande till de äldre. I en av verksamheterna behöver arbetet med bemötandeplaner utvecklas. Solna stads kvalitetsdeklaration för vård- och omsorgsboende är implementerad hos medarbetarna och den är en del vid upprättandet av genomförandeplanen.

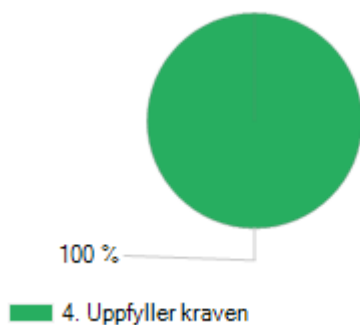
Verksamheterna erbjuder stöd till anhöriga och oftast är det verksamhetschef och sjuksköterska som ansvarar för kontakten. En av verksamheterna erbjuder anhörigcirklar via demensakademin och flera bjuder in till närståendeträffar.

Mat och måltider



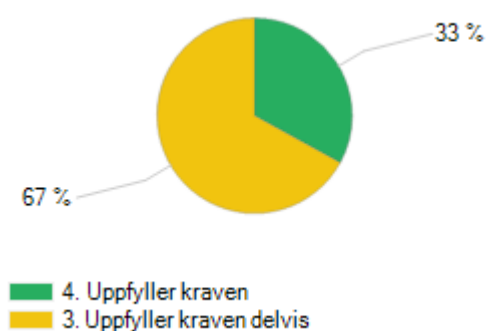
Alla verksamheter har arbetat med att utveckla matupplevelsen för de boende vilket har lett till att måltidsupplevelsen är positiv. Det finns matråd och möjlighet att välja mellan två rätter. Verksamheterna har god följsamhet i de rutiner som omfattar livsmedelshygien. Vid måltidsobservationen i en av verksamheterna var det några som fick vänta med att äta då flera var i behov av måltidsstöd.

Aktiviteter och fritid



Verksamheterna anordnar aktiviteter under både vardagar och helger och har utsedda medarbetare som ansvarar för att planera aktiviteter och fånga in synpunkter från de boende. Arbetet med gemensamma aktiviteter har kommit igång efter uppehåll under pandemin och nu erbjuds aktiviteter flera gånger i veckan. Det finns aktivitetsråd där boende kan komma med önskemål om aktiviteter.

Säkerhet

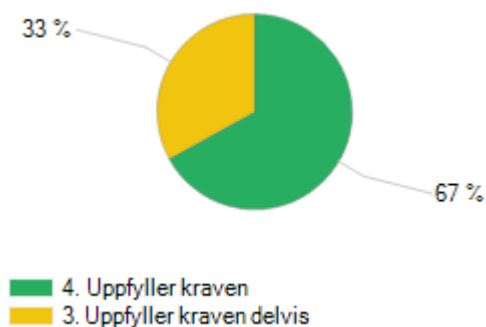


Alla verksamheter har rutiner för sekretess och tystnadsplikt, rutinen ingår i introduktionen och lyfts på arbetsplatsträffar en gång per år. Rutiner gällande boendes lägenhetsnycklar samt medicinskåp behöver ses över i ett par verksamheter så att de efterlevs och implementeras hos medarbetarna. Verksamheterna har rutiner för privata medel.

Verksamheterna har rutiner för de larm som används i verksamheten, egenkontroller att larmen fungerar genomförs varje dag. Verksamhetens team bestående av sjuksköterska, paramedicinska medarbetare samt omvårdnadspersonal säkerställer att larmen kan användas av de som bor i verksamheten. Om den enskilde tackar nej till larm så planeras täta tillsynsbesök in för att stärka tryggheten.

Verksamheter har rutiner om hot och våld och har utvecklat dessa för att fånga in flera situationer som kan vara aktuella.

Ekonomisk kontroll



Rapport: Avtalsuppföljning 2022

VILLA BOTVID



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5
Underlag bedömning.....	7

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en uppföljning gällande LOV- avtal för vård- och omsorgsboenden när fler än fem Solnabor bor i verksamheten. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheten för de som har avtal med Solna stad.

Villa Botvid ligger i Botkyrka och drivs av Vardaga som har tillstånd från IVO att driva vård- och omsorgsboende. Villa Botvid har haft LOV-avtal med Solna stad sedan 2018. Villa Botvid har totalt 81 platser fördelat på tre våningsplan med nio lägenheter per avdelning men några platser har stängts under pandemin. Villa Botvid erbjuder lägenheter för personer med demenssjukdom och för personer med somatiska besvär. Villa Botvid har fyra personer från Solna som bor i verksamheten vid uppföljningstillfället.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp verksamhetens samtliga delområden och tidigare utvecklingsplan. Avtalsuppföljningen har genomförts genom fysiskt besök i verksamheten den 17 maj 2022. Vid uppföljningsmötet i maj gjordes en genomgång av den enkät som verksamhetschefen svarat på, intervju med en gruppleddare samt dokumentationsgranskning och måltidsobservation.

En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Villa Botvid har en erfaren verksamhetschef och ett tydligt ledarskap och hög närvaro i verksamheten. Villa Botvid tar emot personer med demenssjukdom och personer med somatiska sjukdomar. Verksamheten har kommit igång med fysiska möten och olika inflytanderåd efter pandemin samt öppnat upp för närstående. Verksamheten har arbetet med att minska antalet begränsningsåtgärder i den fysiska miljön.

Verksamhetens medarbetare är engagerade och har den enskildes intressen för ögonen med ett fint bemötande. Verksamheten har ett fåtal utvecklingsområden som är rutin för att säkerställa att kvaliteten bibehålls vid chefsbyte och social dokumentation.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 30 september 2022. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer att följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästkommande uppföljning samt löpande under året.

Övergripande beskrivning av metoden för bedömning

Uppföljningsmodulen är ett stöd vid uppföljning av verksamheterna. Det som följs upp är följsamhet till avtalskrav och andra krav på verksamheterna som Solna stad ställt. De områden som i samband med uppföljning ska bedömas anges under kolumn *Område* i tabellen nedan. Respektive område är uppdelat i ett eller flera *delområden*.

Delområden bedöms utifrån en tregradig skala – godkänd, delvis godkänd eller ej godkänd. Se nedan för bedömningsanvisningar. Bedömning av delområden sker alltid utifrån uppställda *kriterier*, som är specifika för respektive delområde. Nedan beskrivs exempel på kriterier för delområdet *Kompetensutveckling*, under området *Personal och utbildning*.

1. Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov
2. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling
3. Verksamheten har en tydlig struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov

På områdesnivå görs istället en bedömning utifrån en femgradig skala. Syftet med att ha två alternativ som båda innebär att verksamheten är godkänd (4 respektive 5) är att kunna identifiera riktigt goda exempel på systematisk utveckling av arbetssätt (5) som sedan kan spridas till andra verksamheter.

Ytterligare en anledning till att ha två godkända bedömningsnivåer är att uppföljningen inte bara syftar till att följa upp om verksamheten uppfyller ställda krav, utan även är tänkt att belysa områden där verksamheterna

förvisso uppfyller kraven, men har möjlighet att utvecklas ännu mer (4). Även här finns anvisning för hur bedömning ska göras, se bedömningsanvisningar nedan.

Område	Delområde
Ledning och organisation	Verksamhetens organisation och ledning
	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens interna samverkan
	Verksamhetens externa samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
	Delaktighet och kommunikation
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Mat och måltider	Möjligheter att påverka mat och måltider
	Livsmedelshygien
Aktiviteter och fritid	Aktiviteter inne och ute
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Larm
	Hot och våld
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
	Trygghetslarm
	Avstängda hissar
	Avfallshantering
Ekonomisk kontroll	Kreditvärdighet
	Skattekontroll

Bedömningsanvisningar

Bedömning av *delområden*

Bedömning görs av huruvida verksamheten uppfyller uppställda kriterier för delområdet.

- För att delområdet ska vara **godkänt** ska skriftliga rutiner eller funktions-/arbetsbeskrivningar finnas, vara aktuella, tillämpas och vara förankrade i hela verksamheten.
- ◆ Delområdet kan vara **delvis godkänt** om 1. Skriftlig rutin finns, men tillämpningen är låg eller 2. Tillämpade arbetssätt finns, men rutiner saknas.
- Delområdet är **ej godkänt** om det både saknas skriftliga rutiner och tillämpade arbetssätt för uppställda kriterier.

Bedömning av *områden*

Utifrån bedömning av underliggande delområden, ska en samlad bedömning för respektive område göras. Bedömning sker utifrån en femgradig skala. Kriterier för respektive nivå anges nedan.

- 1: Verksamheten har inte identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och därmed ej heller påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- 2: Verksamheten har identifierat behov av förbättring där förbättring krävs och har påbörjat arbetet med att åtgärda identifierade brister.
- ◆ 3: Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett eller flera delområden.
- 4: Verksamheten är godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.
- 5: Verksamheten har rutiner som tillämpas inom samtliga delområden och arbetar systematiskt med att utveckla ett eller flera delområden.

Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2022
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Mat och måltider	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Aktiviteter och fritid	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Ledning och organisationen
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Ledning och organisation

Personal och utbildning

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner som efterlevs i verksamheten.

Samverkan

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och används i verksamheten.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner som tillämpas delvis.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Mat och måltider

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Aktiviteter och fritid

● 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetschefen är utbildad socionom med flera års erfarenhet som chef inom äldreomsorgen. Verksamhetschefen arbetar heltid och verksamheten har fyra gruppchefer som ansvarar för omvårdnad på respektive våning. Verksamheten har en gruppchef som ansvarar för hälso- och sjukvården. Gruppcheferna deltar i det dagliga omvårdnadsarbetet och har avsatt tid för administration och planering. Vid verksamhetschefens frånvaro ersätts verksamheten av annan person. Under kvällar och helger finns namngivna medarbetare som har ett delegerat arbetsmiljöansvar och som ansvarar för att kontakta chefsjouren om behov skulle uppstå. Verksamheten saknar rutiner för att säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte samt att det ska framgå av rutinen vem som ersätter verksamhetschefen vid semester och annan frånvaro.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har schemalagda arbetsplatsträffar tio gånger per år och det är verksamhetschefen som ansvarar för mötet. Minnesanteckningar förs och är tillgängliga för alla medarbetare. Teammöten äger rum varje vecka och då deltar sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kontaktman för respektive boende. Alla boende lyfts på teammöten minst två gånger per år för att säkerställa att insatser ges på ett korrekt sätt. Vidare har medarbetarna regelbundna reflektionsmöten med ansvarig gruppchef. Gruppcheferna har reflektionssamtal med varandras grupper så att alla ska ges utrymme att prata. Under mötet kan medarbetarna lyfta angelägna frågor i olika situationer med boende där medarbetaren önskar stöd. Ledningsgruppen träffas varje vecka och där ingår verksamhetschef, gruppchef för sjuksköterskor samt gruppchefer från våningarna. Arbetsplatsträffar och andra möten som genomförs har en tydlig agenda och minnesanteckningar förs så att information från möten finns tillgänglig för alla.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten är tillståndspliktig och tillståndet är korrekt med ansvarig föreståndare.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har den personaltäthet som utlovats och därutöver följs bemanningen utifrån de vårdbehovsmätningar som genomförs. Vid frånvaro ersätts ordinarie medarbetare med vikarie och ibland stärker även gruppchefen upp i verksamheten. Verksamheten eftersträvar fastanställd personal och personalkontinuiteten är hög. Verksamheten uppfyller sina krav gällande sjuksköterskebemanning och rehabiliteringspersonal.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Rutiner finns för rekrytering av nya medarbetare och verksamheten rekryterar i huvudsak enbart undersköterskor. Verksamheten upplever att det finns underlag för att rekrytera utbildade medarbetare. Efter pandemin har det blivit svårare att rekrytera medarbetare med utbildning inom vård och omsorg.


Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare 3. Godkänd	Verksamheten har tydliga rutiner och checklista för att introduktion av nya medarbetare. Förutbestämd gruppchef och medarbetare ansvarar för introduktionen. Det finns skriftligt material att lämna till ny medarbetare. Introduktionen är i två dagar, ett kvällspass och ett dagpass. Uppföljningen görs efter två månader för att säkerställa att medarbetaren har kommit in i alla arbetsuppgifter. Uppföljningen dokumenteras i den checklista som användes under introduktionen.
Kompetensutveckling 3. Godkänd	Verksamhetens medarbetare har god verksamhetskänedom och 90 % är utbildade undersköterskor. Verksamheten har inte följt sin planerade utbildningsplan under pandemin. Verksamheten har en generell utbildningsplan för verksamheten och vid medarbetarsamtal har utbildningsbehov följts upp och fyllts på den övergripande utbildningsplanen. Under året har många av utbildningssatsningarna pausats med anledning av pandemin. Alla webbutbildningar genomförs som planerat och under året kommer fokus att vara på demensakademins utbildningar inom Lära.

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan 3. Godkänd	Verksamheten har lokal rutin för intern samverkan som beskriver samverkansformer internt och deras syfte.
Verksamhetens externa samverkan 3. Godkänd	Lokal rutin för extern samverkan finns. Identifierade samverkansaktörer beskrivs och i vilka frågor respektive aktör ska kontaktas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete




Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner som finns på en övergripande och på en lokal nivå i verksamheten. Samtliga rutiner finns på intranätet samt finns tillgängliga i en pärm på varje våningsplan. Verksamhetschefen tillsammans med gruppcheferna ansvarar för att rutiner är aktuella. Vid förändringar i rutinen görs en muntlig genomgång på arbetsplatsträffen. Nya rutiner finns också publicerade på första sidan i intranätet. Genomgång av rutiner ingår som en del i introduktionen av nya medarbetare. Verksamheten gör egenkontroller utifrån ett årshjul och omfattar i stort sett samtliga verksamhetsområden med en övervikt mot hälso- och sjukvården. Vardaga genomför egenkontroller två gånger per år som täcker in samtliga verksamhetsområden såsom social dokumentation, följsamhet i olika rutiner, basala hygienrutiner, signeringar med flera. Arbetet med egenkontroller har lett till att utvecklingsområden identifierats gällande kompetensbrister om demenssjukdom och inkontinens. Ambea gör centrala kvalitetsuppföljningar två gånger per år Det finns en rutin för när riskanalyser ska göras och som beskriver vilka risker som ska bedömas: arbetsmiljö, kvalitet och risker för den enskilde. Riskanalyser bedöms och analyseras utifrån olika nivåer i organisation. Riskanalyser gällande boende är mer förankrat hos medarbetare än övriga områden. Identifierade riskområden i verksamheten är kompetens kring brand och hot och våld. Verksamheten har arbetat systematiskt med att minska begränsningsområden i den fysiska miljön för de som bor i verksamheten vilket resulterat i en lugnare miljö både för de som bor i verksamheten och deras anhöriga.
Verksamhetens arbete med avvikelser 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för avvikelser, klagomål och synpunkter samt rapport om missförhållanden. Verksamheten gör strukturerade egenkontroller av kännedom av Lex Sarah en gång per år. Avvikelser som inkommit återrapporteras till medarbetare på arbetsplatsträffar, kvalitetsråd och boenderåd. Anhöriga som klagat får en muntlig återkoppling av verksamhetschefen. Avvikelser som rapporteras i förbättringsloggen sammanställs för att ringa in områden som behöver utvecklas ytterligare i verksamheten. Rutin gällande synpunkter och klagomål kan förenklas för att vara mer tillgänglig för medarbetare.
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete	Verksamheten har forum såsom kvalitetsråd och miljöråd där utsedda medarbetare representerar medarbetargruppen och kan lyfta olika

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd	utvecklingsfrågor och förslag till förbättringar. Mötet protokollförs och minnesanteckningar mejlas ut och förvaras i en pärm som är tillgänglig för alla. Information från mötet ska presenteras på arbetsplatsträffar och det arbetet har återupptagits nu när fysiska möten är tillgängliga. Kvalitets- och miljöråd har en egen punkt på agendan på arbetsplatsträffen. Alla medarbetare ska dokumentera i förbättringsloggen när brister i verksamheten uppmärksammas men även förbättringsområden. När en registrering gjorts i loggen går ett automatisk mejl till ansvarig chef som följer upp och återkopplar till den som skrivit in avvikelser.


Social dokumentation

Delområde	Kommentar
 2. Delvis godkänd Genomförandeplan	Samtliga brukare från Solna som bor i verksamheten har en aktuell genomförandeplan där det framgår mål och hur insatser ska genomföras. Det går att utläsa av journalen när genomförandeplanen är upprättad och/eller redigerad och när nästa uppföljning ska ske. Verksamheten kan utveckla hur den enskilde varit delaktig i upprättandet så att det framgår på ett tydligt sätt.
 2. Delvis godkänd Social journal	Verksamheten har rutiner för social dokumentation som är implementerade hos medarbetare. Gruppcheferna ger stöd till medarbetare som känner sig osäkra. Verksamheten för en kronologisk social journal i dokumentationssystemet Safe doc. Verksamheten kan utveckla att det som skrivs blir mer kärnfullt och återkoppling med vidtagna åtgärder.
 3. Godkänd Egenkontroll social dokumentation	Verksamheten har en lokal rutin för egenkontroll för social dokumentation. Gruppchefer och verksamhetschef gör egenkontroll regelbundet av den sociala dokumentationen att språket är värderingsfritt och att riktlinjer efterlevs. Egenkontroller görs två gånger per termin samt gruppchefer stämmer av social journal varje månad.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd Kontaktmannaskap	Verksamheten har en lokal rutin för kontaktmannaskap där ansvaret för vad som ingår i uppdraget framkommer. När ordinarie kontaktman inte är i tjänst finns en ersättare. Arbetet med kontaktmannaskap är förankrat hos alla medarbetare. Innan uppdraget ges deltar kontaktmannen i en internutbildning. Medarbetarna kan vara kontaktman för en eller flera boende. Det framgår av rutinen att den enskilde kan byta kontaktman om den enskilde inte trivs med sin kontaktman. Kontaktmannen ansvarar för kontakten med anhöriga och upprättar genomförandeplanen. Kontaktmannen planerar in egentid och säkerställer att genomförandeplanen är uppdaterad och följs av de andra medarbetarna. Kontaktmannen deltar på teammöten om det finns behov av dessa möten.
 3. Godkänd Tillgänglighet och information	Verksamheten har rutiner och en checklista för att ta emot en ny boende i verksamheten. Verksamhetschefen skickar ut ett välkommbrev och information om nyttan med en levnadsberättelse samt utser en kontaktman för den person som ska flytta in. Vid inflyttning lämnas skriftligt informationsmaterial av verksamhetschefen. Planeringsmöte med den enskilde görs efter sju dagar och då får den enskilde möjlighet att berätta hur hen vill ha det och vad som är viktigt för just den personen. Uppföljningsmöte med gruppchef sker efter en månad.
 3. Godkänd Delaktighet och kommunikation	Verksamheten har boråd tre gånger per år för hela verksamheten där boende kan komma med förslag och synpunkter. Förutom dessa möten genomförs andra möten där boende kan vara med och påverka verksamhetens inriktning såsom aktivitetsråd, boråd och matråd. Förslag och synpunkter som framkommer från de enskilda personerna läggs in i förbättringsloggen så de kan följas upp. Återkoppling ges i anslutning till andra möten eller enskilt till den det berör.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd Bemötande	Verksamhetens vision är "Vi gör världen lite bättre, en människa i taget" där uppdraget utgår från en mängd beskrivna värdeord. Verksamheten har ett pågående arbete om värdegrund och bemötande på arbetsplatsträffar som kommer att utvecklas under hösten då fysiska träffar har kommit igång som

Delområde	Kommentar
	planerat. Verksamheten har informerat alla medarbetare på en arbetsplatsträff om Solna stads kvalitetsdeklaration och den finns tillgänglig i personalrummet.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för att erbjuda stöd till anhöriga. Under pandemin har stödet getts via telefonsamtal. Verksamheten erbjuder även anhörigcirklar via demensakademin och anhörigmöten men under pandemin har detta inte kunnat erbjudas som planerat utan det arbetet beräknas komma igång under hösten. Det finns även möjlighet att få stöd av omvårdnadsansvarig sjuksköterska vid behov. Verksamheten anordnar närståendeträffar två gånger per år och har kännedom om det anhörigstöd som Solna stad kan erbjuda och även hänvisa till.

Mat och måltider

Delområde	Kommentar
Möjligheter att påverka mat och måltider ● 3. Godkänd	Verksamheten har en lokal rutin gällande individanpassad mat. Villa Botvids koncept utgår från "den goda dagen" och till den finns en måltidspärm och en kostpärm med olika måltider som är anpassad för personer med nedsatt hälsa. Verksamheten har måltidsombud på varje våningsplan som ansvarar för mat och måltider som helhet. Måltidsombudet ska fånga in vad boende tycker om maten och matens kvalitet. Det finns ett gemensamt forum genom matrådet att komma med synpunkter. Verksamheten gör egenkontroller genom pedagogiska måltider och måltidsobservation regelbundet.
Livsmedelshygien ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för livsmedelshygien och gör egenkontroller utifrån en särskild signeringslista. Avvikelse från rutinerna rapporteras i förbättringsloggen. Vid måltidsobservation användes inga förkläden men håret var uppsatt och medarbetarna bar kortärmat och inga smycken på händerna.

Aktiviteter och fritid

Delområde	Kommentar
Aktiviteter inne och ute ● 3. Godkänd	Verksamheten har en aktivitetsansvarig som ansvarar för aktivitetsrådet där boende kan komma med förslag. Verksamheten har även boenderåd där aktiviteter är en punkt på agendan och där boende kan vara med och påverka. Verksamheten erbjuder en mängd aktiviteter varje dag och på helgen finns två aktiviteter att välja mellan. Aktiviteterna genomförs på de olika avdelningarna på respektive våning för att fler ska lära känna varandra. Verksamheten erbjuder också egentid till alla boende med sin kontaktman. Kontaktmannen ansvarar för att planera in egentid med de boende som hen ansvarar för. Vidare erbjuder verksamheten utevistelse varje dag och det finns en ny anlagd trädgård vid boendet.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheten har genomgång av tystnadsplikt och sekretess vid introduktion för nya medarbetare. Alla medarbetare skriver under att de tagit del av informationen. Verksamhetschef/gruppledare ansvarar för att göra en muntlig genomgång av innebörden av sekretess och tystnadsplikt en gång per år till alla medarbetare för att säkerställa att alla medarbetare har kännedom om vad som gäller.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för en säker nyckelhantering av både lägenhetsnycklar och nycklar till läkemedelsskåpen. Rutinen har uppdaterats och finns tillgänglig vid alla nyckelskåp. Verksamheten har också tagit fram nya signeringslistor och arbetssättet och rutinen är implementerad.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för hur privata medel ska hanteras. Kontaktmannen upprättar en ansvarsförbindelse med god man/företrädare för vad pengarna ska användas till. Kontaktmannen ansvarar för att betalkort och kontanter förvaras på ett tryggt sätt. Kontaktmannen ansvarar för att ta emot pengar och återrapportera och redovisa till god man/förvaltare. Avvikelse rapporteras direkt till verksamhetschefen som vidtar åtgärder. Gruppchefen ansvarar för att göra egenkontroller varje halvår.
Larm ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för trygghetslarm och andra larm som används i verksamheten. Verksamheten gör en individuell bedömning om den enskilde klarar av att hantera ett trygghetslarm, vilket framkommer i den sociala journalen.

Delområde	Kommentar
	För boende som saknar förmåga att använda larm och påkalla hjälp tillgodoses behovet av tillsyn genom täta fysiska besök. Verksamheten gör dagliga egenkontroller för att säkerställa att alla larm fungerar som de ska.
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har lokala rutiner för hot och våld. Rutinen har omarbetats och omfattar nu även en handlingsplan för medarbetare om hur de ska gå tillväga i hot- och våldssituationer. Rutinen har implementerats på arbetsplatsträffar.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																				
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Villa Botvid Rating 83																				
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Villa Botvid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Organisationsnummer:</td> <td>556455-5208</td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td>Vardaga Opalen AB</td> </tr> <tr> <td>Godkänd för F-skatt:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för moms:</td> <td>NEJ</td> </tr> <tr> <td>Registrerad som arbetsgivare:</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beslutade arbetsgivaravgifter: 1</td> </tr> <tr> <td>aug-22</td> <td>6 224 235,00</td> </tr> <tr> <td>jul-22</td> <td>5 896 581,00</td> </tr> <tr> <td>jun-22</td> <td>5 613 269,00</td> </tr> </tbody> </table>	Villa Botvid		Organisationsnummer:	556455-5208	Namn:	Vardaga Opalen AB	Godkänd för F-skatt:	JA	Registrerad för moms:	NEJ	Registrerad som arbetsgivare:	JA	Beslutade arbetsgivaravgifter: 1		aug-22	6 224 235,00	jul-22	5 896 581,00	jun-22	5 613 269,00
Villa Botvid																					
Organisationsnummer:	556455-5208																				
Namn:	Vardaga Opalen AB																				
Godkänd för F-skatt:	JA																				
Registrerad för moms:	NEJ																				
Registrerad som arbetsgivare:	JA																				
Beslutade arbetsgivaravgifter: 1																					
aug-22	6 224 235,00																				
jul-22	5 896 581,00																				
jun-22	5 613 269,00																				

Delegationsbeslut 2022-09-20 – 2022-10-17

Beslutsnummer	Beslutsdatum	Beteckning	Beskrivning
ON DEL §/2022 § 15	2022-09-20	ON/2022:96	Godkännande av deltagande för omvårdnadsnämndens ordförande på SKR:s utbildningsdag "Hemtjänst utan behovsbedömning - hur gör man?" den 22 september 2022
ON DEL §/2022 § 16	2022-10-06	ON/2022:95	Godkännande av beslut om revidering av dokumenthanterings- och gallringsplan för omvårdnadsnämndens förvaltningsorganisation



Sammanställning beslut

Urval 2022-09-12 - 2022-10-09

<u>Diarienummer</u>	<u>Beslutsdatum</u>	<u>Beslutstyp</u>	<u>Bidragsbelopp</u>
2022/314	2022-09-13	Bifall	2 469
2022/331	2022-09-13	Bifall	988
2022/306	2022-09-13	Bifall	2 263
2022/286	2022-09-13	Ändring	3 500
2022/287	2022-09-13	Ändring	97 664
2022/373	2022-09-14	Ändring	41 475
2022/042	2022-09-15	Ändring	171 507
2022/236	2022-09-15	Ändring	3 500
2022/242	2022-09-16	Ändring	5 188
2022/344	2022-09-16	Ändring	4 313
2022/235	2022-09-16	Ändring	24 141
2021/029	2022-09-16	Ändring	3 625
2022/173	2022-09-16	Ändring	9 369
2021/092	2022-09-16	Ändring	7 435
2022/390	2022-09-19	Bifall	2 263
2022/391	2022-09-20	Bifall	16 710
2022/393	2022-09-20	Avskrivning	0
2022/394	2022-09-20	Bifall	2 700
2022/396	2022-09-21	Bifall	2 700
2021/494	2022-09-22	Ändring	19 059
2022/307	2022-09-22	Ändring	51 860
2022/325	2022-09-22	Ändring	6 420
2022/343	2022-09-22	Ändring	6 125
2021/326	2022-09-22	Bifall	2 756
2022/332	2022-09-22	Bifall	2 263
2022/337	2022-09-22	Bifall	2 263
2022/182	2022-09-23	Ändring	35 590
2022/398	2022-09-23	Bifall	13 000
2022/141	2022-09-23	Ändring	22 308
2022/402	2022-09-27	Bifall	4 671
2022/400	2022-09-28	Bifall	2 700
2022/333	2022-09-28	Bifall	1 460
2022/366	2022-09-28	Ändring	6 119



Sammanställning beslut

Urval 2022-09-12 - 2022-10-09

<u>Diarienummer</u>	<u>Beslutsdatum</u>	<u>Beslutstyp</u>	<u>Bidragsbelopp</u>
2022/327	2022-09-28	Bifall	2 731
2022/404	2022-09-29	Bifall	4 600
2022/248	2022-09-30	Ändring	17 368
2022/338	2022-09-30	Ändring	24 613
2022/326	2022-09-30	Ändring	6 420
2022/367	2022-09-30	Bifall	25 680
2022/399	2022-10-03	Avskrivning	0
2022/220	2022-10-03	Ändring	12 020
2022/181	2022-10-04	Bifall	41 360
2022/401	2022-10-04	Bifall	8 000
2022/408	2022-10-04	Bifall	2 379
2022/341	2022-10-04	Ändring	7 894
2022/375	2022-10-05	Ändring	1 594
2022/379	2022-10-05	Ändring	2 263
2022/374	2022-10-05	Ändring	1 594
2022/304	2022-10-07	Bifall	26 029
2022/377	2022-10-07	Bifall	2 263
2022/376	2022-10-07	Bifall	4 700
2022/335	2022-10-07	Ändring	1 688
2022/111	2022-10-07	Bifall	2 756
Totalsumma:			774 356

BESLUTID	BESLUTTEXT	Beslutsdatum
000103165	Bifall trygghetslarm	2022-09-12
000103167	Bifall dagverksamhet	2022-09-12
000103168	Bifall hemtjänst	2022-09-12
000103169	Bifall korttidsplats	2022-09-12
000103170	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-12
000103171	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-09-12
000103173	Bifall hemtjänst	2022-09-12
000103174	Bifall trygghetslarm	2022-09-12
000103175	Bifall trygghetslarm	2022-09-12
000103176	Bifall hemtjänst	2022-09-12
000103177	Bifall hemtjänst	2022-09-12
000103178	Bifall hemtjänst	2022-09-12
000103179	Bifall hemtjänst	2022-09-12
000103180	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-13
000103181	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-09-13
000103182	Bifall 9 § 2 LSS, merkostnad	2022-09-13
000103183	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103184	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103185	Bifall trygghetslarm	2022-09-13
000103186	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103187	Bifall korttidsplats	2022-09-13
000103189	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103190	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103191	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103192	Bifall korttidsplats	2022-09-13
000103194	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-09-13
000103195	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-13
000103196	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-09-13
000103197	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103198	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103199	Bifall trygghetslarm	2022-09-13
000103200	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103201	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103202	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103203	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103204	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103205	Bifall trygghetslarm	2022-09-13
000103206	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103207	Bifall trygghetslarm	2022-09-13
000103208	Bifall hemtjänst	2022-09-13
000103209	Bifall nattpatrull	2022-09-13
000103210	Bifall hemtjänst	2022-09-14
000103211	Bifall hemtjänst	2022-09-14
000103212	Bifall trygghetslarm	2022-09-14
000103213	Bifall trygghetslarm	2022-09-14
000103214	Bifall dagverksamhet	2022-09-14
000103215	Bifall dagverksamhet	2022-09-14
000103216	Bifall hemtjänst	2022-09-14

000103217	Bifall trygghetslarm	2022-09-14
000103218	Bifall hemtjänst	2022-09-14
000103219	Avslag 9 § 4 LSS	2022-09-14
000103220	Bifall 9 § 10 LSS, daglig verksamhet	2022-09-14
000103221	Bifall dagverksamhet	2022-09-14
000103222	Bifall 9 § 3 LSS, ledsagare	2022-09-14
000103223	Bifall hemtjänst	2022-09-14
000103224	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-14
000103225	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboend	2022-09-14
000103226	Bifall dagverksamhet	2022-09-14
000103227	Bifall hemtjänst	2022-09-14
000103228	Bifall trygghetslarm	2022-09-14
000103229	Bifall hemtjänst	2022-09-14
000103230	Bifall turbundna resor	2022-09-14
000103231	Bifall hemtjänst	2022-09-14
000103232	Bifall hemtjänst	2022-09-14
000103233	Bifall hemtjänst	2022-09-14
000103234	Bifall trygghetslarm	2022-09-14
000103235	Bifall hemtjänst	2022-09-14
000103257	Bifall FBH matdistribution	2022-09-14
000103237	Bifall hemtjänst	2022-09-15
000103238	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboend	2022-09-15
000103239	Bifall hemtjänst	2022-09-15
000103242	Bifall hemtjänst	2022-09-15
000103243	Bifall hemtjänst	2022-09-15
000103244	Bifall trygghetslarm	2022-09-15
000103245	Bifall nattpatrull	2022-09-15
000103246	Bifall hemtjänst	2022-09-15
000103247	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboend	2022-09-15
000103248	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-15
000103249	Bifall hemtjänst	2022-09-15
000103250	Bifall nattpatrull	2022-09-15
000103251	Bifall hemtjänst	2022-09-15
000103252	Bifall trygghetslarm	2022-09-15
000103253	Bifall hemtjänst	2022-09-15
000103254	Bifall hemtjänst	2022-09-15
000103255	Bifall turbundna resor	2022-09-15
000103256	Bifall korttidsplats	2022-09-15
000103258	Bifall hemtjänst	2022-09-15
000103316	Överkl - beslut omprövas ej, överlämnas	2022-09-15
000103259	Bifall hemtjänst	2022-09-16
000103260	Bifall trygghetslarm	2022-09-16
000103261	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-16
000103262	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-16
000103263	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboend	2022-09-16
000103264	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-09-16
000103265	Bifall boendestöd	2022-09-16
000103266	Bifall hemtjänst	2022-09-16
000103267	Bifall hemtjänst	2022-09-16

000103268	Bifall hemtjänst	2022-09-16
000103269	Bifall nattpatrull	2022-09-16
000103270	Bifall hemtjänst	2022-09-16
000103271	Bifall hemtjänst	2022-09-16
000103272	Bifall trygghetslarm	2022-09-16
000103273	Bifall trygghetslarm	2022-09-16
000103274	Bifall hemtjänst	2022-09-16
000103275	Bifall hemtjänst	2022-09-16
000103276	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-16
000103277	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-09-16
000103281	Bifall hemtjänst	2022-09-16
000103282	Bifall hemtjänst	2022-09-16
000103283	Bifall hemtjänst	2022-09-16
000103284	Bifall hemtjänst	2022-09-16
000103285	Bifall växelvård	2022-09-16
000103286	Bifall hemtjänst	2022-09-18
000103287	Bifall hemtjänst	2022-09-19
000103288	Bifall trygghetslarm	2022-09-19
000103290	Avslag 9 § 4 LSS	2022-09-19
000103291	Bifall hemtjänst	2022-09-19
000103292	Bifall hemtjänst	2022-09-19
000103293	Bifall växelvård	2022-09-19
000103294	Bifall hemtjänst	2022-09-19
000103295	Överkl - beslut omprövas ej, överlämnas	2022-09-19
000103296	Bifall 9 § 10 LSS, daglig verksamhet	2022-09-19
000103297	Bifall hemtjänst	2022-09-19
000103298	Bifall 9 § 10 LSS, daglig verksamhet	2022-09-20
000103299	Bifall hemtjänst	2022-09-20
000103300	Bifall hemtjänst	2022-09-20
000103301	Bifall hemtjänst	2022-09-20
000103302	Bifall hemtjänst	2022-09-20
000103303	Bifall hemtjänst	2022-09-20
000103304	Bifall boendestöd	2022-09-20
000103305	Bifall hemtjänst	2022-09-20
000103306	Bifall korttidsplats	2022-09-20
000103307	Bifall dagverksamhet	2022-09-20
000103308	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-20
000103309	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-09-20
000103310	Bifall hemtjänst	2022-09-20
000103311	Bifall trygghetslarm	2022-09-20
000103312	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-09-20
000103313	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-20
000103314	Bifall korttidsplats	2022-09-20
000103315	Bifall hemtjänst	2022-09-21
000103317	Bifall hemtjänst	2022-09-21
000103318	Bifall hemtjänst	2022-09-21
000103319	Bifall hemtjänst	2022-09-21
000103320	Bifall 9 § 9 LSS, boende vuxna	2022-09-21
000103321	Bifall LSS tillfällig utökn pers ass	2022-09-21

000103322	Avslag 9 § 2 LSS, tillfällig utökn	2022-09-21
000103323	Bifall hemtjänst	2022-09-21
000103324	Bifall hemtjänst	2022-09-21
000103326	Bifall dagverksamhet	2022-09-21
000103327	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-21
000103328	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboende	2022-09-21
000103330	Bifall hemtjänst	2022-09-21
000103332	Bifall hemtjänst	2022-09-21
000103333	Bifall nattpatrull	2022-09-21
000103341	Bifall korttidsplats	2022-09-21
000103365	Överkl - beslut omprövas ej, överlämnas	2022-09-21
000103339	Bifall hemtjänst	2022-09-22
000103342	Avslag vård och omsorgsboende	2022-09-22
000103343	Bifall turbundna resor	2022-09-22
000103344	Bifall turbundna resor	2022-09-22
000103345	Bifall turbundna resor	2022-09-22
000103347	Bifall turbundna resor	2022-09-22
000103348	Bifall turbundna resor	2022-09-22
000103349	Bifall turbundna resor	2022-09-22
000103350	Bifall turbundna resor	2022-09-22
000103351	Bifall hemtjänst	2022-09-22
000103352	Bifall hemtjänst	2022-09-22
000103353	Bifall trygghetslarm	2022-09-22
000103354	Bifall hemtjänst	2022-09-22
000103355	Bifall trygghetslarm	2022-09-22
000103356	Bifall korttidsplats	2022-09-22
000103358	Bifall hemtjänst	2022-09-22
000103359	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-22
000103360	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboende	2022-09-22
000103361	Bifall hemtjänst	2022-09-22
000103362	Bifall trygghetslarm	2022-09-22
000103363	Bifall hemtjänst	2022-09-22
000103364	Bifall hemtjänst	2022-09-22
000103367	Bifall hemtjänst	2022-09-23
000103368	Bifall hemtjänst	2022-09-23
000103369	Bifall trygghetslarm	2022-09-23
000103370	Bifall hemtjänst	2022-09-23
000103371	Bifall hemtjänst	2022-09-23
000103372	Överkl - domstols bifall av överklagande	2022-09-23
000103373	Överkl - domstols avslag av överklagande	2022-09-23
000103375	Bifall hemtjänst	2022-09-23
000103376	Bifall hemtjänst	2022-09-23
000103377	Bifall hemtjänst	2022-09-23
000103378	Bifall nattpatrull	2022-09-23
000103379	Bifall hemtjänst	2022-09-23
000103380	Avslag vård och omsorgsboende	2022-09-23
000103381	Bifall hemtjänst	2022-09-23
000103382	Avslag dagverksamhet	2022-09-23
000103383	Bifall trygghetslarm	2022-09-23

000103384	Bifall hemtjänst	2022-09-23
000103385	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-23
000103386	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-09-23
000103387	Bifall trygghetslarm	2022-09-23
000103388	Bifall hemtjänst	2022-09-23
000103390	Bifall nattpatrull	2022-09-23
000103391	Bifall hemtjänst	2022-09-23
000103392	Bifall hemtjänst	2022-09-26
000103393	Bifall hemtjänst	2022-09-26
000103394	Bifall nattpatrull	2022-09-26
000103395	Bifall hemtjänst	2022-09-26
000103397	Bifall dagverksamhet	2022-09-26
000103400	Bifall hemtjänst	2022-09-26
000103401	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-26
000103402	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-09-26
000103404	Bifall turbundna resor	2022-09-26
000103405	Bifall hemtjänst	2022-09-26
000103406	Bifall korttidsplats	2022-09-26
000103407	Bifall turbundna resor	2022-09-26
000103408	Bifall hemtjänst	2022-09-26
000103409	Bifall korttidsplats	2022-09-26
000103411	Bifall hemtjänst	2022-09-26
000103412	Bifall trygghetslarm	2022-09-26
000103414	Bifall hemtjänst	2022-09-26
000103415	Bifall boendestöd	2022-09-27
000103416	Bifall dagverksamhet	2022-09-27
000103417	Bifall boendestöd	2022-09-27
000103418	Bifall hemtjänst	2022-09-27
000103420	Bifall dagverksamhet	2022-09-27
000103425	Bifall hemtjänst	2022-09-27
000103427	Bifall turbundna resor	2022-09-27
000103428	Bifall hemtjänst	2022-09-27
000103429	Bifall dagverksamhet	2022-09-27
000103430	Bifall hemtjänst	2022-09-27
000103431	Bifall turbundna resor	2022-09-27
000103432	Bifall dagverksamhet	2022-09-27
000103433	Bifall turbundna resor	2022-09-27
000103434	Bifall korttidsplats	2022-09-27
000103435	Bifall FBH trygghetslarm	2022-09-27
000103436	Bifall boendestöd	2022-09-27
000103437	Bifall dagverksamhet	2022-09-27
000103438	Bifall turbundna resor	2022-09-27
000103439	Bifall turbundna resor	2022-09-27
000103441	Bifall FBH serviceinsatser	2022-09-27
000103442	Bifall dagverksamhet	2022-09-27
000103443	Bifall hemtjänst	2022-09-27
000103444	Bifall FBH trygghetslarm	2022-09-27
000103445	Bifall hemtjänst	2022-09-27
000103447	Bifall hemtjänst	2022-09-28

000103449	Bifall vård och omsorgsboende	2022-09-28
000103450	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-09-28
000103451	Bifall nattpatrull	2022-09-28
000103452	Bifall hemtjänst	2022-09-28
000103453	Bifall korttidsplats	2022-09-28
000103454	Bifall hemtjänst	2022-09-28
000103455	Bifall hemtjänst	2022-09-28
000103456	Bifall hemtjänst	2022-09-28
000103457	Bifall boendestöd	2022-09-28
000103458	Avslag boendestöd	2022-09-28
000103459	Avslag boendestöd	2022-09-28
000103461	Bifall korttidsplats	2022-09-28
000103462	Bifall trygghetslarm	2022-09-28
000103463	Bifall nattpatrull	2022-09-28
000103464	Bifall hemtjänst	2022-09-28
000103465	Bifall boendestöd	2022-09-28
000103466	Bifall hemtjänst	2022-09-28
000103467	Bifall hemtjänst	2022-09-28
000103468	Bifall korttidsplats	2022-09-28
000103469	Bifall hemtjänst	2022-09-28
000103470	Bifall dagverksamhet	2022-09-28
000103471	Bifall hemtjänst	2022-09-29
000103472	Bifall turbundna resor	2022-09-29
000103473	Bifall nattpatrull	2022-09-29
000103474	Bifall hemtjänst	2022-09-29
000103475	Bifall turbundna resor	2022-09-29
000103477	Bifall boendestöd	2022-09-29
000103478	Avslag boendestöd	2022-09-29
000103479	Bifall turbundna resor	2022-09-29
000103480	Bifall turbundna resor	2022-09-29
000103481	Bifall boendestöd	2022-09-29
000103482	Bifall turbundna resor	2022-09-29
000103484	Bifall hemtjänst	2022-09-29
000103486	Bifall turbundna resor	2022-09-29
000103487	Bifall turbundna resor	2022-09-29
000103488	Bifall hemtjänst	2022-09-29
000103490	Bifall dagverksamhet	2022-09-29
000103491	Bifall hemtjänst	2022-09-29
000103492	Bifall hemtjänst	2022-09-29
000103493	Bifall dagverksamhet	2022-09-29
000103494	Bifall hemtjänst	2022-09-29
000103495	Bifall hemtjänst	2022-09-30
000103496	Bifall hemtjänst	2022-09-30
000103497	Bifall hemtjänst	2022-09-30
000103499	Bifall turbundna resor	2022-09-30
000103500	Bifall turbundna resor	2022-09-30
000103502	Bifall hemtjänst	2022-09-30
000103503	Bifall hemtjänst	2022-09-30
000103504	Bifall hemtjänst	2022-09-30

000103506	Bifall hemtjänst	2022-09-30
000103507	Bifall hemtjänst	2022-09-30
000103508	Bifall boendestöd	2022-09-30
000103512	Bifall hemtjänst	2022-09-30
000103513	Bifall hemtjänst	2022-09-30
000103515	Bifall hemtjänst	2022-09-30
000103516	Bifall hemtjänst	2022-10-01
000103519	Bifall vård och omsorgsboende	2022-10-03
000103520	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-10-03
000103521	Bifall hemtjänst	2022-10-03
000103523	Bifall trygghetslarm	2022-10-03
000103524	Bifall dagverksamhet	2022-10-03
000103525	Bifall korttidsplats	2022-10-03
000103526	Bifall hemtjänst	2022-10-03
000103527	Bifall hemtjänst	2022-10-03
000103529	Bifall hemtjänst	2022-10-03
000103532	Bifall dagverksamhet	2022-10-03
000103533	Bifall hemtjänst	2022-10-03
000103536	Bifall hemtjänst	2022-10-03
000103538	Bifall hemtjänst	2022-10-03
000103539	Bifall vård och omsorgsboende	2022-10-03
000103540	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-10-03
000103542	Bifall hemtjänst	2022-10-04
000103543	Bifall hemtjänst	2022-10-04
000103544	Bifall hemtjänst	2022-10-04
000103546	Bifall hemtjänst	2022-10-04
000103547	Bifall hemtjänst	2022-10-04
000103548	Bifall hemtjänst	2022-10-04
000103550	Bifall hemtjänst	2022-10-04
000103553	Bifall boendestöd	2022-10-04
000103555	Bifall hemtjänst	2022-10-04
000103556	Bifall hemtjänst	2022-10-04
000103558	Bifall vård och omsorgsboende	2022-10-04
000103559	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-10-04
000103561	Bifall hemtjänst	2022-10-04
000103564	Bifall trygghetslarm	2022-10-04
000103565	Bifall hemtjänst	2022-10-04
000103569	Bifall vård och omsorgsboende	2022-10-04
000103570	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-10-04
000103572	Bifall hemtjänst	2022-10-05
000103573	Bifall hemtjänst	2022-10-05
000103574	Bifall nattpatrull	2022-10-05
000103575	Bifall hemtjänst	2022-10-05
000103576	Bifall vård och omsorgsboende	2022-10-05
000103577	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-10-05
000103578	Bifall hemtjänst	2022-10-05
000103580	Bifall turbundna resor	2022-10-05
000103582	Bifall vård och omsorgsboende	2022-10-05
000103583	Bifall hemtjänst i vård och omsorgsboenc	2022-10-05

Ärendebalans 2022-09-20 - 2022-10-17

Datum	Diariernr	Beskrivning
2022-09-20	ON/2022:96	Deltagande i kurser och utbildningar för nämndens ordförande och förtroendevalda ledamöter i omvårdnadsnämnden
2022-09-21	ON/2022:97	Samarbetsavtal mellan Solna stad, omvårdnadsförvaltningen och Audika AB
2022-09-26	ON/2022:98	Inköp av rullstolar till omvårdnadsförvaltningens verksamheter
2022-09-27	ON/2022:99	Fördelning av arbetsuppgifter inom arbetsmiljöområdet för chefer 2022
2022-10-05	ON/2022:100	Utvärdering av revidering av valfrihetssystem för daglig verksamhet
2022-10-07	ON/2022:101	Begäran om utlämnande av allmän handling vid Skoga vård- och omsorgsboende september/oktober 2022
2022-10-12	ON/2022:102	Miljö- och byggnadsförvaltningens kontrollrapporter 2022