



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-02-25
ON/2022:50

Avgifter för utlåning av välfärdsteknik från Valfärdsbiblioteket

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden föreslås anta omvårdnadsförvaltningens förslag på avgifter för ej återlämnad välfärdsteknikprodukt och för försenad produkt samt att överlämna ärendet till kommunfullmäktige för fastställelse.

Sammanfattning

Omvårdnadsförvaltningen har tillsammans med stadens bibliotek startat ett Valfärdsbibliotek där personer som är 65 år och äldre kan låna olika välfärdsprodukter. Däribland surfplattor, hörlurar, smarta lampor och robotdammsugare. Produkter med ett varierande värde.

Utlåningen görs på biblioteket i Solna centrum och det administrativa hanteras av bibliotekets personal. Det är omvårdnadsförvaltningen som äger produkterna och ansvarar således för utlåningen. Det innebär att omvårdnadsförvaltningen behöver upprätta egna avgifter för ej återlämnade produkter eller sent återlämnade produkter.

Utifrån omvärldsbevakningar samt diskussion med jurist i staden föreslås summan för **ej återlämnad produkt** till 60 procent av inköpspriset. Inköpspriset finns i bibliotekets utlåningssystem och därigenom hanteras även påminnelser och avgifter.

Förseningsavgiften baserar vi på bibliotekets redan befintliga avgifter vilken är 20 kronor per vecka.

Förslagen baseras på att avgifterna inte får vara för låga så att inte lånen missbrukas men heller inte för höga så att de avskräcker personer från att låna produkter.

För mer detaljerad information se bilaga.

Handlingar

Låneregler välfärdsbiblioteket

Expedieras till:
Kommunstyrelsen

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Emina Ekenryd
Digital fixare



Låneregler välfärdsbiblioteket

Innehåll

Avtal	2
1. Överenskommelse	3
1.1 Sekretessbestämmelser	3
1.2 Avgifter och kostnader	3
1.3 Spårning.....	4
1.4 Support och installation	4
1.5 Återlämning av enhet och tillhörande utrustning.....	5
1.6 Övrigt.....	5
Bilaga A	6



Avtal

Omvårdnadsförvaltningens förebyggande verksamhet för seniorer i Solna stad kan genom projektet välfärdsbiblioteket erbjuda lån av digitala enheter. Syftet är att möjliggöra för seniorer att använda och lära sig mer om teknik och digitalisering genom digitala produkter. För att uppnå det erbjuds genom välfärdsbiblioteket möjligheten att låna hem enheter som kan bidra till förenklingar och förbättringar i den enskildes vardagsliv.

Projektet genomförs i samverkan med Solna stads biblioteksverksamhet, som hanterar den praktiska utlåningen. För att kunna låna digitala enheter från omvårdnadsförvaltningens välfärdsbibliotek måste låntagaren bo i Solna och vara 65 år eller äldre. Personen måste vara registrerad som låntagare vid Solnas bibliotek och identifiera sig med giltig legitimation vid lånetillfället.

Därutöver måste låntagaren underteckna detta avtal som reglerar lånetid och återlämning. Välfärdsbiblioteket erbjuder utlåning av flertalet digitala enheter, aktuell lista över dessa finns på biblioteket.



1. Överenskommelse

Detta är en förtydligande överenskommelse för utlån av följande digital enhet

Enhet:

Utlåningen sker genom Solna stads två bibliotek inom ramen för omvårdnadsförvaltningens förebyggande verksamhet. Vissa av enheterna kräver uppkoppling mot internet för att kunna användas. Om du saknar uppkoppling hemma går det bra att använda enheterna på biblioteken eller på seniorträffarna som finns i staden.

Utlåningen sker under fyra hela veckor från avtalets undertecknande och därefter ska utrustningen återlämnas. Om utrustningen inte återlämnas i tid kan låntagaren bli skyldig att betala förseningsavgifter. Låntagaren har inte rätt att låna/hyra ut, pantsätta eller överlåta enheten till någon annan. Om låntagaren bryter mot avtalet har omvårdnadsförvaltningen rätt att säga upp avtalet och begära att enheten återlämnas.

1.1 Sekretessbestämmelser

Uppgifter om enskild persons lån, reservation eller annan form av beställning lämnas ej ut enligt 9 kap. 22 § sekretesslagen (SFS 1980:100, SFS 1989:713).

1.2 Avgifter och kostnader

Utlåning av de digitala enheterna sker, under lånetiden, utan kostnad för låntagaren. Enheten är förinstallerad eller på annat sätt är standardförberedd för användning. Den förinstallation som skett ingår i lånet.

Ersättning för borttappad enhet är **60 % av inköpspriset**. Om enheten har ersatts har du ingen rätt till återbetalning om den återfinns och återlämnas senare. Återlämnas inte enheten med tillhörande utrustning innan lånetiden är slut tas en övertidsavgift ut på **20 kronor per vecka**.

Särskilt om appar

Kostnader för andra appar utöver de förinstallerade, eventuella prenumerationer etc. svarar låntagaren själv för. Installationer av appar får ske med eget Apple-id eller Google play konto, men låntagaren måste själv ansvara för säkerhetskopiering och att utloggning skett från kontot innan återlämning.



1.3 Spårning

Särskilt om surfplattor

Surfplattorna ingår i ett manövreringsverktyg (MDM) som kortfattat innebär att den registreras och styrs centralt gällande grundläggande inställningar, appar och återställning vilket ger en hög säkerhet. I grundutbudet ingår ett urval av appar.

Platsen för surfplattan går att spåra. Innan eventuell spårning av surfplattans plats informeras låntagaren om att spårning kommer ske. Vid förlust eller otillbörlig användning av surfplattan ska den spärras och går då inte att använda.

Omvårdnadsförvaltningen äger rätten att nollställa surfplattan via (MDM) vilket innebär att låntagare själv ansvarar för säkerhetskopiering.

1.4 Support och installation

Vid utlåning av de digitala enheterna kommer du tillfrågas om du behöver stöd från den digitala fixaren för att komma igång med användningen. Till enheterna finns det även manualer för att komma igång och hantera grundläggande funktioner.

Robotdammsugare och smarta lampor installeras alltid av den digitala fixaren genom inbokat hembesök.

Den digitala fixaren arbetar i omvårdnadsförvaltningens förebyggande verksamhet och kan bokas in för personligt stöd i ditt hem, på plats på seniorträffarna, biblioteken eller per telefon och mejl. Det går även att ta kontakt på egen hand genom att ringa: 08-746 10 97 och lämna namn och telefonnummer eller mejla.

Biblioteket har schemalagd tid en gång i månaden för support som kallas E-hjälpen där du kan få personlig hjälp med en bibliotekarie i 30 minuter. Du kan få hjälp att använda e-post, navigera på internet, använda Word samt ta del av bibliotekens digitala program och digitala tjänster. Anmäl dig på plats på biblioteket, ring 08-746 19 00 eller mejla stadsbiblioteket@solna.se.



1.5 Återlämning av enhet och tillhörande utrustning

Varje enhet lämnas ut med tillhörande grundutrustning, som exempelvis laddare, touchpenna etc.

Enheten och utrustning ska återlämnas innan lånetidens sista dag passerat. Vid återlämning av surfplattan, eller andra enheter med inloggat konto, krävs att utloggning från eventuellt apple-id eller Google play konto sker. Samt att enheten återställs till fabriksinställningar, ta gärna hjälp av "Återlämning av surfplatta" i manualen.

Återlämning av robotdammsugare och smarta lampor sker genom inbokat hembesök av förebyggande verksamhetens digitala fixare.

1.6 Övrigt

Utskick av information

När du lånar en enhet accepterar du även att den förebyggande verksamheten och Biblioteken i Solna skickar information till dig.

Syftet med utskicken är att informera om aktiviteter som erbjuds till seniorer i Solna för en aktiv och meningsfull vardag.

Vid lån och återlämning av surfplattan får du även besvara enkäter om hur din upplevelse av användandet har varit i utvärderingssyfte.

**Bilaga A– Godkännande av avtal gällande lån av enhet**

Långivare: Solna stad omvårdnadsförvaltningen, förebyggande verksamheten genom Solna stadsbibliotek

Låntagarens namn:	
Låntagares lånekortsnummer:	

Lånevillkoren för utlån av enhet beskrivs i *Låneregler välfärdsbibliotek* samt i *Låneantalet Allmänna villkor (Bilaga B)*.

Enhet	
Enhet:	Tillhör:
Etikettnummer:	Anmärkningar:

Underskrift	
Datum:	Datum:
Underskrift låntagare:	Underskrift utlämnare:
Namnförtydligande låntagare:	Namnförtydligande utlämnare:

Återlämning	
Datum:	Mottaget av:
Enhet:	



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-02-04
ON/2022:7

Årsrapport 2021, Äldre- och funktionshinderombudet

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden tar del av rapporten.

Sammanfattning

Solnas äldre- och funktionshinderombud, i fortsättningen kallad "ombudet" har som övergripande uppdrag att bevaka intressen och rättigheter som rör äldre och personer med funktionsnedsättning inom kommunens samtliga verksamhetsområden. Ombudet ska samverka med de kommunala verksamheterna och vara en lots för Solnaborna i frågor som rör tillgänglighet och framkomlighet i stadsmiljön, stadsplanering, transportfrågor, bostadsanpassning och aktiviteter i vardagen samt främja målgruppens brukarinflytande. Ytterligare ska ombudet arbeta för att skapa förutsättningar för och främja tillgänglighet i digitala miljöer. Ombudet ska även arbeta för att nå ut med kommunikation och skapa informationsutbyte med berörda målgrupper. Ombudet deltar även i olika rådgivande organ.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Monika Jakobsson
Äldre- och funktionshinderombud



Redovisning av verksamhetsåret

Även 2021 präglades till stora delar av den pågående Coronapandemin. Stort fokus låg på att i nära samverkan med stadens medarbetare, och i dialog med föreningar och andra aktörer, säkerställa att de målgrupper som ombudet verkar för löpande nåddes av aktuell information kopplat till verksamhetsförändringar och påverkan som pandemin hade på stadens utbud av aktiviteter.

Antalet unika ärenden som inkom till ombudet under året var 31, det är tre gånger fler jämfört med året innan. Ökningen kan bero på att information om ombudet nått ut till flera under året. Ärendena handlade i huvudsak om rådgivning. Exempelvis var frågor kring avgifter och hur man startar upp/ansöker om hjälp i hemmet.

Ombudet har under året medverkat som sekreterare i Rådet för funktionshinderfrågor. Har även deltagit i det Kommunala pensionärsrådet.

Frågor som tagits upp i Rådet för funktionshinderfrågor ur ett funktionshinderperspektiv är bl.a. den nya idrottsplatsen i Järvastaden, byggnationen vid Ballongberget och den nya simhallen. Rådet har även lämnat remissyttrande angående Solnas nya trafikplan och utvecklingen kring Mäljarbanan.

Ett informationsblad har under våren 2021 tagits fram som beskriver ombudsrollen. Detta har lämnats till de olika verksamheterna i staden som information till brukare och besökare.

Ombudet var med i tidningen Seniorens i maj månad 2021.

Ombudet deltog i LSS-dagen den 16 november. Dagen genomfördes som en digital sändning. Filmen gav viktig information från olika aktörer och verksamheter som visar vad de kan erbjuda. Ombudet intervjuades om sin roll samt hur man kommer i kontakt. Länk till LSS dagen: https://www.youtube.com/watch?v=7mmyw9jK_0

Ombudet har även besökt ett LSS-boende där rollen presenterades och där de boende fick möjlighet att ställa frågor.

Ombudet svarade på en enkät från Myndigheten för delaktighet (MFD) gällande uppföljning av kommuner 2021. MFD verkar för full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning och för jämlika levnadsvillkor.

För övrigt har ombudet deltagit i:

- Omvårdnadsakademin
- Deltagit i planeringen av taltidningen Trumpeten.
- Regelbundna avstämningar med omvårdnadsförvaltningens förvaltningschef.



Pågående uppdrag och utvecklingsområden under 2022

Utöver det som ingår i verksamhetsområdet och som finns beskrivet i uppdragsbeskrivningen, pågår under 2022 ett flertal andra uppdrag och utvecklingsåtgärder.

- Ombudet har påbörjat besök hos de olika seniorträffarna samt organisationer, för att synliggöra uppdraget som ombud.
- Planerade aktiviteter, som t.ex. den uppskjutna gemensamma aktiviteten tillsammans med Likabehandlingskommittén som handlar om Parasport planeras att genomföras under våren 2022.
- Tillgänglighetsvandringen i Westfield Mall of Scandinavia, som pga. av samhällsläget ställdes in 2021, kommer att genomföras under våren 2022.
- I mitten av februari startar ett projekt i Solna stads reception. Under två månader kommer receptionens medarbetare registrera antalet ärenden och vilka frågor som seniorer har som besöker receptionen. I höst/vinter kommer samma undersökning göras för att sedan utvärderas. Syftet är att identifiera vilka områden och varför våra seniorer uppsöker Solna Stadshus för eventuella framtida åtgärder.

Uppdragsbeskrivning äldre- och funktionshinderombud

Övergripande uppdrag

Äldre- och funktionshinderombudet har som övergripande uppdrag att bevaka intressen och rättigheter som rör äldre och personer med funktionsnedsättning inom kommunens samtliga verksamhetsområden. Ombudet ska samverka med de kommunala verksamheterna och vara en lots för Solnaborna i frågor som rör tillgänglighet och framkomlighet i stadsmiljön, stadsplanering, transportfrågor, bostadsanpassning och aktiviteter i vardagen samt främja målgruppens brukarinflytande. Ytterligare ska ombudet arbeta för att skapa förutsättningar för och främja tillgänglighet i digitala miljöer. Ombudet ska även arbeta för att nå ut med kommunikation och skapa informationsutbyte med berörda målgrupper. Ombudet deltar även i olika rådgivande organ

Syfte och mål

Syftet med tjänsten är att samla in och sprida kunskap om kommunens verksamheter och service inom verksamhetsområdet och vice versa att belysa eventuella behov och brister. Målet är att på ett sammanhållet sätt ge Solnabor stöd och vägledningen i frågor som rör äldre eller personer med funktionsnedsättning.

Ansvar och uppgifter

- att bevaka och aktivt arbeta med utveckling av tillgänglighet i fysiska miljöer och digitalt på stadens webbplats solna.se,
- att svara på och hjälpa Solnabor vidare med frågor,



- att medverka i rådgivande organ och vara behjälplig vid arrangemang inom ramen för dessa, exempelvis temakvällar, tillgänglighetsvandringar med mera,
- att hantera inkomna synpunkter och klagomål,
- att svara på enkäter, exempelvis tillgänglighetsbarometern,
- att svara på inkomna ärenden i KC-systemet,
- att bevaka frågor som rör äldre och personer med funktionsnedsättning samt att skriva nyheter och rapportera om relevanta och aktuella händelser,
- att delta i arbetsgrupper inom verksamhetsområdet,
- att löpande identifiera utvecklingsområden, sätta upp mål samt att sammanställa årsrapport över verksamhetsområdet.

Avgränsning av uppdraget

Ombudet ska inte företräda enskilda medborgare eller i övrigt handlägga individärenden. Ombudet ska inte arbeta med någon form av myndighetsutövning eller utförarverksamhet.

Sekretess

Ombudet ska, liksom alla anställda vid Solna stad, i sitt arbete följa relevant lagstiftning kring sekretess och allmänna handlingar så som tryckfrihetsförordningen, offentlighets- och sekretesslagen och sekretessförordningen.

Rapportering

Ombudet ska kontinuerligt analysera den sammantagna informationen som framkommer i dess verksamhet. Utifrån uppdrag, ansvar och uppgifter ska en rapport lämnas årligen till omvårdnadsnämnden i februari månad. Däremellan ska regelbundna avstämningar ske med omvårdnadsförvaltningen.

Organisatorisk placering

Ombudet är placerad på stadsledningsförvaltningen, kommunstyrelsen. Monika Jakobsson är stadens äldre- och funktionshinderombud.



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-01-21
ON/2022:15

Riktlinjer för myndighetsutövning enligt LSS inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde i Solna stad

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden föreslås anta omvårdnadsförvaltningens riktlinjer för myndighetsutövning enligt LSS inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde i Solna stad.

Sammanfattning

Omvårdnadsförvaltningen har gjort en översyn av riktlinjerna för myndighetsutövning enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Tidigare riktlinjer är från 2008 och det har sedan dess skett ett flertal förändringar i de lagar och den rättspraxis som styr handläggarnas arbete.

Riktlinjerna är avsedda att fungera som styrdokument för handläggare som utreder och fattar delegationsbeslut samt följer upp beslut enligt LSS. Riktlinjerna grundar sig på LSS och annan aktuell lagstiftning t.ex. socialtjänstlagen, förvaltningslagen, föräldrabalken, lag om valfrihetssystem samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Riktlinjerna beskriver de bedömningsgrunder som tillämpas av myndighetsavdelningen för LSS i Solna stad. Att i riktlinjerna dokumentera de grunder och faktorer som är av betydelse vid bedömningen syftar till att skapa enhetliga bedömningar och en rättssäker handläggning.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Won Lovén-Bergman
Avdelningschef för myndighetsutövning LSS



Bakgrund

Omvårdnadsförvaltningen har gjort en översyn av riktlinjerna för myndighetsutövning enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Riktlinjerna är avsedda att fungera som styrdokument för handläggare som utreder och fattar delegationsbeslut samt följer upp beslut enligt LSS. Riktlinjerna grundar sig på LSS och annan aktuell lagstiftning t.ex. socialtjänstlagen, förvaltningslagen, föräldrabalken, lag om valfrihetssystem samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Tidigare riktlinjer är från 2008. Det har sedan dess skett ett flertal förändringar i de lagar och den rättspraxis som styr handläggarnas arbete. Riktlinjerna har utformats så att de är förenliga med gällande lagar, förarbeten och rättspraxis. Riktlinjerna har också utformats på ett mer utförligt sätt så att de bättre kan användas som ett styrinstrument och stöd för de handläggare som utreder och fattar delegationsbeslut samt följer upp beslut enligt LSS. På så vis säkerställs en enhetlig handläggning och likvärdig behovsbedömning, med utrymme för individuella behovsbedömningar och beslut. Vidare har strukturen förändrats i syfte att underlätta för handläggarna att hitta relevant information i riktlinjerna. Språkbruket har också moderniserats.

Omvårdnadsnämnden är ansvarig för stöd och service enligt LSS till personer med vissa funktionsnedsättningar. Insatserna enligt LSS ska tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor och insatserna ska vara varaktiga och samordnade. De ska anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lättillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv. Riktlinjerna syftar till att säkerställa en enhetlig och rättssäker handläggning samt en likvärdig behovsbedömning för Solna stads medborgare. Riktlinjerna innebär inte någon inskränkning i den enskildes rätt att få sin ansökan prövad utifrån sina individuella förutsättningar.

Riktlinjer

för myndighetsutövning enligt LSS inom
omvårdnadsnämndens ansvarsområde i Solna stad



SOLNA STAD



Dokumenttyp	Giltighetstid	Beslutande organ	Beslutsdatum
Riktlinje	Tills vidare	Omvårdnadsnämnden	2022-03-15



Innehållsförteckning

1 Förkortningar.....	5
2 Begreppsanvändning	6
3 Riktlinjernas syfte och tillämpning	7
4 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)	8
4.1 Bakgrund och syfte	8
4.2 Grundläggande principer.....	8
4.3 Goda levnadsvillkor	9
4.4 Behov som inte tillgodoses på annat sätt.....	9
4.5 Bosättningskommunens och vistelsekommunens ansvar	10
4.6 Förhandsbesked.....	10
4.7 LSS i förhållande till annan lagstiftning	11
5 Allmänna utgångspunkter	13
5.1 Krav på handläggningen.....	13
5.2 Tillgänglighet, service och information.....	13
5.3 Tolks	14
5.4 Sekretess och tystnadsplikt.....	14
5.5 Utgångspunkter för handläggningen	15
5.6 Myndighetens utredningsansvar och den enskildes bevisbörda	15
5.7 Barnrättsperspektivet.....	16
5.8 Företrädare för den enskilde.....	16
5.9 Hantering av synpunkter och klagomål	17
5.10 Särskilt utsatta grupper, våld i nära relationer	17
6 Handläggningsprocessen.....	18
6.1 Hur ett ärende aktualiseras.....	18
6.2 Ansökan om insats	18
6.3 Att inleda utredning	18
6.4 Att inhämta information	19
6.5 Handläggningstid.....	19
6.6 KommunikERING.....	20
6.7 Att bedöma rätten till insatser	20
6.8 Att fatta beslut	21
6.9 Att underrätta den enskilde om beslut.....	22
6.10 Att överklaga beslut	22
6.11 Att verkställa beslut.....	23



6.12 Utförande och verkställighet	24
6.13 Att följa upp pågående insatser	24
6.14 Ombedömning av tidsbegränsade beslut.....	25
6.15 Dokumentation	25
7 Personkretsbedömning	26
7.1 Lagens tre personkretsar	26
7.2 Personkrets 1.....	27
7.3 Personkrets 2.....	27
7.4 Personkrets 3.....	28
8 Rätten till LSS-insatser	30
8.1 Lagens insatser	30
8.2 Personlig assistans	30
8.3 Ledsagarservice	37
8.4 Biträde av kontaktperson	39
8.5 Avlösarservice i hemmet	41
8.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet.....	43
8.7 Korttidstillsyn för skolorngdom över 12 år.....	46
8.8 Bostad i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar	47
8.9 Bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	49
8.10 Daglig verksamhet.....	51
9 Övrigt.....	54
9.1 Vårdnadshavare och föräldraansvar	54
9.2 Skyddade personuppgifter.....	55
9.3 Anmälningsskyldighet	55
9.4 Samverkan med andra myndigheter	57
9.5 Samordnad individuell plan (SIP)	58
10 Stöd- och styrdokument	59
10.1 Lagar och förordningar	59
10.2 Föreskrifter och handböcker	60



1 Förkortningar

FB	Föräldrabalken (1949:381)
FL	Förvaltningslagen (2017:900)
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
HFD	Högsta förvaltningsdomstolen
IBIC	Individens behov i centrum
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, WHO)
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
JO	Justitieombudsmannen
LOV	Lag (2008:962) om valfrihetssystem
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
Prop.	Proposition
RÅ	Regeringsrättens årsbok
SFB	Socialförsäkringsbalken (2010:110)
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar



2 Begreppsanvändning

Nedanstående begrepp, termer och definitioner följer Socialstyrelsens termbank inom fackområdet vård och omsorg.

<i>Funktionsnedsättning</i>	Nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga.
<i>Funktionshinder</i>	Begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen.
<i>Handläggning</i>	Förfarande som börjar med att ett ärende väcks och efter utredning utmynnar i ett beslut.
<i>ADL</i>	ADL står för ”aktiviteter i det dagliga livet” och är ett instrument som används för att bedöma en persons funktionsförmåga och behov av hjälp med olika aktiviteter.

Vidare används nedanstående begrepp och definition i dokumentet.

<i>Den enskilde</i>	Den person som får, eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser. Ibland innefattas legal företrädare i definitionen. Legal företrädare är en person som har laglig rätt att företräda en enskild som är 18 år eller äldre. Det kan till exempel vara en god man, förvaltare eller fullmaktsinnehavare. För barn och ungdomar under 18 år kan även vårdnadshavare omfattas.
---------------------	---



3 Riktlinjernas syfte och tillämpning

Riktlinjerna i detta dokument är avsedda att fungera som omvårdnadsnämndens styrdokument för handläggare som utreder och fattar delegationsbeslut inom omvårdnadsförvaltningens avdelning för myndighetsutövning enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I Solna stad är det omvårdnadsnämnden som handlägger insatser enligt LSS till personer med funktionsnedsättning.

Riktlinjerna syftar till att säkerställa en enhetlig och rättssäker handläggning samt en likvärdig behovsbedömning för Solna stads medborgare. Innehållet i detta dokument utgör en vägledning och beskriver vad som gäller i vanliga situationer. Riktlinjerna innebär inte någon inskränkning i den enskildes rätt att få sin ansökan prövad utifrån sina individuella förutsättningar.

Riktlinjerna bidrar till ökad kunskap om gällande regelverk kring stöd och service till personer med funktionsnedsättning. Riktlinjerna grundar sig huvudsakligen på lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, vanligtvis kallad LSS. Riktlinjerna grundar sig också på annan aktuell lagstiftning som bland annat socialtjänstlagen (2001:453), förvaltningslagen (2017:900), föräldrabalken (1949:381), lag (2008:962) om valfrihetssystem samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Med utgångspunkt från riktlinjerna finns dessutom rutiner för handläggning inom avdelningen för myndighetsutövning. De är interna arbetsdokument som ska ge vägledning för att effektivisera handläggningen och säkerställa enhetliga bedömningsgrunder. Rutinerna ska garantera likställighet och rättssäkerhet för den enskilde samt tydliggöra olika områden exempelvis samtycke, hantering av skyddade personuppgifter och samverkan.



4 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

4.1 Bakgrund och syfte

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) började gälla den 1 januari 1994 och är en rättighetslagstiftning. Med detta menas att den som tillhör lagens personkrets har rätt att få vissa angivna insatser, förutsatt att han eller hon har ett behov av insatsen i sin livsföring och att behovet inte tillgodoses på annat sätt.

Lagen grundar sig i alla människors lika värde. Enligt lagens förarbeten (prop. 1992/93:159) framgår det att verksamheter enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de som omfattas av lagen. Det övergripande målet är att den enskilde, genom olika stödinsatser, får möjlighet att leva som andra.

4.2 Grundläggande principer

De bärande principerna i LSS är tillgänglighet, inflytande, delaktighet, självbestämmande, helhetssyn och kontinuitet.

Helhetssyn innebär en strävan efter att förstå sammanhang och den helhet som den enskilde är en del av. Utifrån den enskildes perspektiv innebär helhetssynen att hela människan ska beaktas, både starka och svaga sidor och att olika behov beaktas och vägs samman.

För att en förtroendefull relation ska växa fram krävs en varaktighet i kontakten, det vill säga att den enskilde möter samma handläggare under en längre period. Avdelningen för myndighetsutövning arbetar därför utifrån en dagindelning som avgör vem som blir den enskildes LSS-handläggare.

Insatser enligt LSS kan endast beviljas om den enskilde begär det. Med detta avses att insatserna är frivilliga och inte kan beviljas mot den enskildes vilja. Ingen kan påtvingas att ta emot stödinsatser som de själva inte vill ha eller som de inte tror på. Detta står inte i konflikt med att försöka motivera den enskilde att ta emot en viss insats.



Även begreppet valfrihet betonas i förarbetena. Den enskilde har rätt att välja vilka insatser han eller hon vill ansöka om. Valfriheten stärker den enskildes integritet.

4.3 Goda levnadsvillkor

Insatserna enligt LSS ska tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor och insatserna ska vara varaktiga och samordnade. De ska anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

I LSS används begreppet goda levnadsvillkor, till skillnad från socialtjänstlagen som ska tillförsäkra den enskilde en skälig levnadsnivå. Vad som är att anses som goda levnadsvillkor specificeras inte närmare i lagen. En helhetsbedömning behöver göras utifrån den enskildes individuella förutsättningar och behov för att kunna leva som andra. Vid bedömningen av om den enskilde är i behov av insatsen i sin livsföring för att tillförsäkras goda levnadsvillkor måste en jämförelse göras med den livsföring som kan anses normal för personer i samma ålder utan funktionsnedsättning. Att prioritera mellan olika behov och önskemål är något som många behöver göra, exempelvis mellan olika fritidsaktiviteter.

Vid bedömningen av vad som utgör goda levnadsvillkor behöver hänsyn tas till den rättspraxis som har utvecklats för respektive LSS-insats. Dessa riktlinjer avser att ge vägledning i vad som enligt omvårdnadsnämndens bedömning generellt sett är att anse som goda levnadsvillkor.

4.4 Behov som inte tillgodoses på annat sätt

Rätten till de specifika insatser som anges i LSS gäller under förutsättning att den enskilde har behov av insatsen i sin livsföring och att behovet inte tillgodoses på annat sätt. För att en insats enligt 9 § LSS ska kunna nekas den enskilde på grund av att behovet tillgodoses på annat sätt, måste behovet också faktiskt tillgodoses på annat sätt. Det räcker således inte att, som beträffande bistånd enligt socialtjänstlagen, behovet kan tillgodoses på annat sätt. Behovet tillgodoses på annat sätt till exempel när en nära anhörig frivilligt svarar för stödet som ett led i familjerelationen. Ett behov kan också, helt eller delvis, tillgodoses genom en förälders ansvar enligt föräldrabalken för den normala



vårdsnaden av ett barn. Även om behovet i viss mån tillgodoses på annat sätt kan rätt föreligga till kompletterande insatser enligt LSS (prop. 1992/93:159 s. 172).

4.5 Bosättningskommunens och vistelsekommunens ansvar

Huvudregeln är att omvårdnadsnämndens ansvar enligt 16 § LSS gäller gentemot dem som är bosatta i Solna. En person anses i regel vara bosatt där han eller hon är folkbokförd (prop. 1992/93:159 s. 185). Ledning kan därför hämtas från folkbokförings (1991:481) bestämmelser om rätt folkbokföringsort. En person anses vara bosatt där han eller hon regelmässigt tillbringar sin dygnsvila. Om den enskilde är folkbokförd i Solna anses personen i regel också vara bosatt i Solna om det inte finns omständigheter som talar för att personen har sin egentliga hemvist i en annan kommun.

Om den enskilde är bosatt i Solna genom beslut om placering av en annan kommun är det den så kallade placeringskommunen som behåller ansvaret för personen. Det kan exempelvis gälla placering i bostad med särskild service enligt LSS, familjehem eller HVB-hem.

När den enskilde avser att vistas en kortare tid i en annan kommun än bosättningskommunen är vistelsekommunen skyldig att på begäran bistå med den utredning som bosättningskommunen behöver för att kunna pröva den enskildes ansökan om insatser enligt LSS. Under kortare vistelser är vistelsekommunen även skyldig att på begäran verkställa bosättningskommunens beslut. När bosättningskommunen har begärt hjälp med verkställighet av vistelsekommunen ska bosättningskommunen ersätta vistelsekommunen för verkställighetskostnaderna. Ersättning betalas enligt den nivå som bosättningskommunen tillämpar för motsvarande insatser.

4.6 Förhandsbesked

Om en person som bor i en annan kommun vill flytta till Solna har han eller hon möjlighet att ansöka om förhandsbesked enligt 16 § LSS om rätten till LSS-insatser. Bestämmelsen har till syfte att underlätta för personer med funktionsnedsättning att flytta mellan olika kommuner. Förhandsbesked gör det möjligt för den enskilde att i förväg få besked om vilken rätt som föreligger



till LSS-insatser i den kommun personen tänker bosätta sig i (prop. 1992/93:159 s. 185).

En ansökan om förhandsbesked från en person som tänker bosätta sig i Solna ska behandlas på samma sätt som för personer som redan är kommuninvånare. Skälen till att den enskilde vill flytta saknar betydelse. Avsikten att flytta till Solna måste däremot vara klar och bestämd. Den enskilde kan till exempel inte kräva förhandsbesked av flera kommuner samtidigt (prop. 1992/93:159 s. 185).

När en ansökan om förhandsbesked inkommer är det viktigt att handläggaren utreder om den enskilde har sökt förhandsbesked i flera kommuner. Om så är fallet eller om det av andra skäl saknas en klar och bestämd avsikt att flytta till just Solna ska ansökan avvisas.

Om den enskilde har en klar och bestämd avsikt att flytta till Solna ska en bedömning av personkretstillhörighet göras och det ska utredas om den enskilde är i behov av den insats som förhandsbeskedet gäller. Utrymmet för att ta hänsyn till om behovet av insatser redan är tillgodosett i den enskildes nuvarande hemkommun är ytterst begränsat (RÅ 2004 ref. 110).

Om den enskilde bedöms ha rätt till insatser vid inflyttning till Solna ska planering och förberedelser inför verkställighet påbörjas utan dröjsmål. Förhandsbeskedet är giltigt i sex månader räknat från den dag då insatsen som beskedet gäller blir tillgänglig för den enskilde. Insatserna räknas bli tillgängliga för den enskilde vid olika tidpunkter.

- Bostad med särskild service blir tillgänglig från den dag den enskilde erbjuds plats på grupp- eller servicebostad.
- Övriga LSS-insatser blir tillgängliga från beslutsdatum.

Skyldigheten att rent faktiskt verkställa insatsen som förhandsbeskedet gäller inträder först när den enskilde har flyttat till Solna.

4.7 LSS i förhållande till annan lagstiftning

LSS är att betrakta som ett komplement till annan lagstiftning och innebär inte någon inskränkning i de rättigheter som den enskilde kan ha enligt annan lag.



Personer med funktionsnedsättning som omfattas av LSS har fortfarande samma rätt som andra till stöd, service, vård och omsorg enligt annan lagstiftning. Det kan till exempel handla om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL) eller vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Några av de vanligaste insatserna enligt SoL som kan vara aktuella för personer med funktionsnedsättning är boendestöd, hemtjänst, dagverksamhet och turbundna resor. I dessa delar hänvisas till riktlinjerna för myndighetsutövning enligt SoL inom omvårdnadsnämndens ansvarsområde i Solna stad.

I LSS anges tydligt vilka insatser som kan beviljas enligt lagen. I SoL finns däremot inte någon absolut rätt till ett visst bestämt bistånd. Om den enskilde ansöker om stöd eller service och kan antas tillhöra personkretsen enligt LSS ska ansökan i första hand prövas enligt LSS om det gäller en insats som kan beviljas enligt lagen. Detta gäller om den enskilde inte har gett uttryck för att ansökan ska prövas enligt SoL istället. Den enskilde har med andra ord rätt att välja enligt vilket lagrum som ansökan ska prövas. Om ansökan inte är preciserad till lagrum ska den i första hand prövas enligt LSS eftersom lagen av olika skäl är mer förmånlig för personer som omfattas av personkretsen. Enligt LSS ska en prövning göras om behovet tillgodoses på annat sätt eller inte. Prövningen enligt SoL görs utifrån om behovet kan tillgodoses på annat sätt. Insatser enligt LSS ska tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor medan bistånd enligt SoL ska ge den enskilde en skälig levnadsnivå. Insatserna enligt LSS är också avgiftsfria, till skillnad från bistånd enligt SoL.



5 Allmänna utgångspunkter

5.1 Krav på handläggningen

Med handläggning av ärenden avses det förfarande som börjar med att ett ärende väcks och efter utredning mynnar ut i ett beslut. Handläggningen omfattar all den verksamhet som syftar till att göra det möjligt för nämnden att fatta beslut i ett individuellt ärende. All handläggning ska utgå från förvaltningslagens (FL) bestämmelser. Förvaltningslagen anger rättigheter och skyldigheter för myndigheten och enskilda.

Till stöd för handläggning av ärenden hänvisas till Socialstyrelsens handbok ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten”. Där behandlas bland annat allmänna förvaltningsrättsliga regler, mål och principer för LSS, rätten till insatser samt andra typer av lagar och regler som styr och på olika sätt påverkar handläggning och dokumentation, såsom bland annat föreskrifter och allmänna råd utfärdade av Socialstyrelsen.

5.2 Tillgänglighet, service och information

Omvårdnadsnämnden ska vara tillgänglig för kontakter med enskilda. Nämnden har en långtgående informations- och serviceskyldighet gentemot enskilda och ska se till att kontakterna med enskilda blir smidiga och enkla. Den enskilde ska lämnas sådan hjälp att han eller hon kan tillvarata sina intressen. Hjälpen ska ges i den utsträckning som är lämplig med hänsyn till frågans art, den enskildes behov av hjälp och myndighetens verksamhet (6-7 §§ FL).

Handläggaren ska ge information, vägledning, råd och annan hjälp till enskilda i frågor som rör verksamhetsområdet. Informationen ska utformas på ett sådant sätt att den enskilde och dennes anhöriga kan förstå och ta den till sig. Information ska vara lättillgänglig och kan ges på flera olika sätt till exempel på Solna stads hemsida, via kontaktcenter, via telefon eller vid ett besök hos en handläggare samt genom skriftligt informationsmaterial.

Handläggaren ska bland annat ge information om olika stödinsatser, hur handlägningsprocessen går till och hur en beviljad insats verkställs. Om ett beslut tas emot från Försäkringskassan som innebär att en enskild saknar rätt



till assistansersättning enligt 51 kap. SFB ska handläggaren utan dröjsmål informera den enskilde om förutsättningarna för insatser enligt 9 § LSS. Detta gäller dock inte om det är uppenbart obehövt att lämna sådan information.

Handläggaren behöver också kunna ge information om och hjälpa till i kontakten med ansvarig förvaltning/myndighet rörande service och insatser inom staden som inte är biståndsbedömda och som kan vara till hjälp för den enskilde. Det kan bland annat handla om stöd kring missbruk, anhörigstöd, öppna träffpunkter eller seniorträffar. Annan information och upplysningar som kan vara aktuell för den enskilde är färdtjänst, riksfärdtjänst, habilitering, psykiatri, bostadsanpassning och brandförebyggande åtgärder i den enskildes hem.

5.3 Tolk

Om den enskilde inte behärskar svenska eller har en funktionsnedsättning som allvarligt begränsar förmågan att se, höra eller tala ska tolk anlitas.

Omvårdnadsnämnden ska anlita tolk och se till att handlingar översätts om det behövs för att den enskilde ska kunna tillvarata sin rätt (13 § FL). Det är nämndens ansvar att förvissa sig om att avsedd information kan inhämtas och delges den enskilde, vid behov anlitas därför auktoriserad tolk.

5.4 Sekretess och tystnadsplikt

I kommunal verksamhet gäller offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Anställda på omvårdnadsförvaltningen är skyldiga att följa bestämmelser om offentlighet och sekretess. Sekretess gäller enligt 26 kap. 1 § OSL för uppgifter om enskildas personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller dennes anhöriga lider men.

För att sekretessbelagd information ska kunna lämnas ut krävs att det finns en sekretessbrytande bestämmelse som reglerar utlämnandet. Det kan till exempel handla om att den enskilde, som sekretessen är avsedd att skydda, samtycker till att uppgifter lämnas ut (10 kap. 1 § OSL). Sekretess hindrar inte heller att en uppgift lämnas till en annan myndighet om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning (10 kap. 28 § OSL). Ett exempel på detta är den anmälnings-skyldighet som följer av 14 kap. 1 § SoL vid misstanke om att barn far illa.



Tystnadsplikt står också omnämnd i 29 § LSS. Den gäller gentemot alla, också andra myndigheter och den enskildes anhöriga. Den består även när anställd/uppdragstagare avslutat sin anställning eller sitt uppdrag.

Avdelningen för myndighetsutövning inhämtar alltid samtycke från den enskilde gällande överföring av information.

5.5 Utgångspunkter för handläggningen

Ett ärende ska handläggas så enkelt, snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts (9 § FL). Handläggningen ska vara skriftlig.

Den som är part i ett ärende har rätt att ta del av allt material som har tillförts ärendet (10 § FL). Rätten att ta del av uppgifter gäller med de begränsningar som följer av 10 kap. 3 § OSL.

Omvårdnadsnämnden måste behandla alla kommuninvånare lika och får inte ändra beslut retroaktivt till den enskildes nackdel.

Den som är jävig får inte ta del i handläggningen av ett ärende och inte heller närvara när ärendet avgörs (17 § FL).

5.6 Myndighetens utredningsansvar och den enskildes bevisbörda

Omvårdnadsnämnden har ett utredningsansvar och ska se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver (FL 23 §). Nämnden ska leda utredningen framåt och verka för att behövligt material kommer in. Om det behövs ska myndigheten genom frågor och påpekanden verka för att den enskilde förtydligar eller kompletterar sin ansökan (23 § FL).

Den som ansöker om en insats ska medverka till utredningen genom att så långt som möjligt ge in det underlag som parten vill åberopa till stöd för sin framställning (23 § FL). Den sökande ska visa att förutsättningarna för att beviljas insatsen är uppfyllda. Det är den enskilde som enligt allmänna förvaltningsrättsliga principer har bevisbördan för att han eller hon har ett sådant hjälpbehov som krävs för att beviljas ansökt insats. Bevisbördan innebär att den sökande ska göra sannolikt att rätt till ansökt insats föreligger.



Handläggaren ska vidta de utredningsåtgärder som krävs för att skapa ett fullgott beslutsunderlag i ärendet. Ärendena kan variera i svårighetsgrad och behovet av utredning kan därför vara större eller mindre. Handläggaren har ett ansvar för att driva utredningen i ärendet framåt. Om den enskilde inte medverkar i utredningen får nämnden till slut fatta ett beslut på befintligt underlag.

5.7 Barnrättsperspektivet

FN:s konvention om barnets rättigheter gäller som svensk lag. Barnets rättigheter ska alltid beaktas vid avvägningar och bedömningar i ärenden som rör barn. Särskilda bestämmelser om barns rättigheter är också införda i LSS.

Enligt 6 a § LSS ska barnets bästa särskilt beaktas när åtgärder rör barn. När en insats rör ett barn ska barnet, enligt 8 § LSS, få relevant information och ges möjlighet att framföra sina åsikter. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

Barnets bästa ska beaktas vid bedömningar, beslut och planering av beviljade insatser enligt LSS. Barnets bästa bedöms utifrån förhållandena i det enskilda fallet. För att utreda barnets bästa inhämtas information från barnet själv och vad barnet ger uttryck för. Information inhämtas också från närstående och yrkesverksamma med god kännedom om barnet.

I alla beslut som rör barn ska det finnas ett barnrättsperspektiv. Det gäller både barn med funktionsnedsättning och barn till föräldrar eller syskon med funktionsnedsättning. Det ska framgå hur barnets rättigheter har tillvaratagits och hur barnets bästa har beaktats i utredningar som rör barn.

5.8 Företrädare för den enskilde

Anhöriga har ingen laglig rätt att ansöka eller föra den enskildes talan om denne inte är den sökandes formella ombud genom fullmakt eller som legal företrädare. Anhöriga och närstående ska dock alltid ges möjlighet att lämna synpunkter om den enskilde samtycker till det.

Den enskilde har rätt att anlita ett ombud eller biträde vid sina kontakter med omvårdnadsnämnden. I de fall ett ombud inte är den enskildes legala



företrädare ska ombudet styrka sin behörighet genom en skriftlig eller muntlig fullmakt (15 § FL).

Om den enskilde saknar förmåga att på egen hand bevaka sin rätt, förvalta sin egendom och/eller sörja för person kan en ansökan göras om god man eller förvaltare enligt 11 kap. föräldrabalken. Omvårdnadsnämnden ska anmäla till överförmyndarnämnden om en enskild kan antas vara i behov av god man eller förvaltare. Tingsrätten beslutar om en person ska få god man eller förvaltare.

En framtidsfullmakt innebär att den enskilde (fullmaktsgivaren) själv kan utse en person (fullmaktshavaren) som är behjälplig med att ta hand om de angelägenheter som han eller hon inte längre själv kan klara av på grund av sjukdom. En framtidsfullmakt börjar gälla när den enskilde inte själv klarar att ta hand om sina ärenden. En framtidsfullmakt får omfatta ekonomiska och personliga angelägenheter. Fullmaktshavaren ska bevaka fullmaktsgivarens rätt i de angelägenheter som framtidsfullmakten omfattar.

5.9 Hantering av synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål från enskilda är ett verktyg för att förbättra och utveckla verksamheten. I första hand ska den enskilde vända sig till utförarens verksamhetschef med synpunkter och klagomål. Om den enskilde inte får gehör kan han eller hon kontakta handläggare eller staben för kvalitetsutveckling beroende på vad synpunkten eller klagomålet gäller.

Omvårdnadsnämnden har som mål att hantera synpunkter och klagomål så snabbt som möjligt och att rätta till fel som har uppstått.

5.10 Särskilt utsatta grupper, våld i nära relationer

Socialtjänsten har ett särskilt ansvar enligt 5 kap. 11 § SoL när det gäller våldsutsatta och våld i nära relationer. I det begreppet ingår även hedersrelaterat våld. Om den enskilde behöver insatser på grund av utsatthet för hot eller våld eller utsätts för våld ska samverkan ske mellan handläggare på omvårdnadsförvaltningen och socialförvaltningen enligt gällande rutin. Det är alltid socialförvaltningens relationsvårdshandläggare som utreder våldet.



6 Handläggningsprocessen

6.1 Hur ett ärende aktualiseras

Ett ärende kan inledas genom en ansökan, anmälan eller annan framställning. Framställningen ska innehålla uppgifter om den enskildes identitet och kontaktuppgifter. Det ska framgå vad ärendet gäller och vad den enskilde vill att omvårdnadsnämnden ska göra (19 § FL). Om framställningen är ofullständig ska den enskilde ges hjälp att rätta till bristen inom ramen för nämndens serviceskyldighet (20 § FL).

Ett ärende enligt SoL inleds när den enskilde, eller legal företrädare, ansöker om en insats eller när en anmälan inkommer.

Ett ärende enligt LSS inleds när den enskilde, eller legat företrädare, ansöker om en insats.

6.2 Ansökan om insats

Insatser enligt LSS kan endast beviljas till personer som ansöker om stöd och som ingår i någon av de personkretsar som omfattas av lagen. En ansökan kan göras skriftligt eller muntligt. LSS bygger på frivillighet och det är som utgångspunkt den enskilde själv som ska ansöka om insatser enligt LSS. Om den som ansöker är under 15 år eller saknar förmåga att på egen hand göra en ansökan kan den göras av vårdnadshavare eller av legal företrädare såsom god man, förvaltare eller fullmaktsinnehavare. Den som ansöker behöver styrka att personen är legal företrädare genom att visa upp registerutdrag om ställföreträdarskap eller fullmakt.

När vårdnadshavare till ett barn under 15 år har gemensam vårdnad ska vårdnadshavarna gemensamt ansöka.

6.3 Att inleda utredning

När en ansökan har inkommit startar utredningsprocessen enligt IBIC som står för Individens behov i centrum. IBIC är ett nationellt och systematiskt arbetssätt som ger stöd för handläggare och utförare att använda WHO:s klassifikation ICF. Klassifikationen används som ett gemensamt språk mellan handläggare och utförare för att på ett strukturerat sätt hantera information



som är relevant för att beskriva den enskildes behov, resurser, mål och resultat inom olika livsområden i det dagliga livet. Målet med IBIC är att individen får sina behov beskrivna på ett likvärdigt sätt i hela landet och att individen får möjlighet att stärka sina egna resurser avseende genomförande av aktiviteter och delaktighet. IBIC används i handläggning, genomförande och uppföljning av insatser.

6.4 Att inhämta information

Omvårdnadsnämnden ska se till att ett ärende blir tillräckligt utrett.

Utredningsskyldigheten innebär bland annat att handläggaren behöver ta ställning till vilken information som behövs för att utreda den enskildes behov i förhållande till ansökt insats.

Information inhämtas alltid från den enskilde och/eller företrädare. Om uppgifter behöver styrkas genom läkarutlåtanden, ADL-intyg eller liknande ska handläggaren efterfråga dessa uppgifter från den enskilde.

Utredningen ska hela tiden ledas framåt av handläggaren som ska verka för att behövligt material inkommer. Om kompletterande information har efterfrågats och inte inkommer inom skälig tid ska handläggaren kontakta den enskilde och efterfråga materialet på nytt samt uppge ett slutdatum då materialet senast behöver inkomma. En bedömning av vad som är att anse som rimlig tidsperiod görs i det enskilda fallet utifrån de individuella förutsättningarna i ärendet.

Om efterfrågade kompletteringar inte inkommer eller om den enskilde inte medverkar i utredningen fattas beslut på befintligt underlag.

6.5 Handläggningstid

Ett ärende ska handläggas så enkelt, snabbt och kostnadseffektivt som möjligt utan att rättssäkerheten eftersätts. Enligt uttalanden från JO går det inte att ange en bestämd tid inom vilken en utredning enligt LSS ska vara klar eftersom utredningens omfattning är beroende av omständigheterna i det enskilda fallet. Under handläggningstiden ska utredningsarbetet alltid bedrivas aktivt.

En utredning enligt LSS ska i regel handläggas inom 3 månader, förutsatt att allt nödvändigt underlag har inkommit.



6.6 Kommunicering

Innan ett beslut fattas i ett ärende ska den som är part i ärendet underrättas om allt material av betydelse för beslutet. Kommunicering ska alltid ske innan beslut fattas om det inte är uppenbart obehövt. Den som är part ska ges tillfälle att inom en bestämd tid yttra sig över materialet (25 § FL). Vanligtvis bestäms sista dag att inkomma med synpunkter på det kommunicerade materialet till två veckor efter att materialet skickas till parten.

Utgångspunkten är att beslutsunderlaget alltid ska kommuniceras innan beslut fattas. Det är endast tillåtet att fatta beslut utan kommunicering om det handlar om en ansökan där den enskilde kommer att beviljas insatser i enlighet med ansökan och där den enskilde redan har tagit del av allt material beslutet baseras på. Det kan till exempel handla om situationer där uppgifter endast har inhämtats från den enskilde och grundas på underlag som den enskilde själv har lämnat till myndigheten.

Kommunicering ska ske i samtliga fall där en ansökan avslås helt eller delvis.

6.7 Att bedöma rätten till insatser

Den som omfattas av personkretsen i LSS har enligt 7 § LSS rätt till vissa insatser i form av särskilt stöd och service som anges i 9 § 1-9 LSS om han eller hon behöver sådan hjälp i sin livsföring och om behovet inte tillgodoses på annat sätt.

Vid bedömningen ska den enskildes behov av ansökt insats prövas. En individuell bedömning av den enskildes behov görs utifrån syftet med den aktuella insats som prövningen gäller. Vid bedömningen om den enskilde är i behov av en viss insats i sin livsföring måste en jämförelse göras med den livsföring som kan anses normal för personer i samma ålder.

Behovet kan vara tillgodosett på annat sätt om exempelvis en nära anhörig ger den enskilde stöd som ett led i familjerelationen. Ett behov kan också vara tillgodosett genom redan beviljade insatser eller genom det föräldransvar som följer av föräldrabalken (FB).

I bedömningen beaktas det underlag som har inkommit i ärendet. Det kan bland annat handla om:



- Uppgifter från den enskilde
- Uppgifter från företrädare eller ombud
- Medicinskt underlag
- Uppgifter från andra såsom daglig verksamhet, korttidsvistelse eller skola

En sammantagen behovsbedömning ska göras utifrån det underlag som finns i ärendet. Om uppgifter är motstridiga behöver ställning tas till om ett behov är styrkt eller inte. Det är den som ansöker om en insats som ska visa att förutsättningarna för att beviljas insatsen är uppfyllda. Den sökande ska göra sannolikt att rätt till ansökt insats föreligger.

Handläggaren ska vidta de utredningsåtgärder som krävs för att skapa ett fullgott beslutsunderlag.

Bedömningen av rätten till insatser enligt LSS sker i flera steg, beroende på vilken insats som ansökan avser. Tre huvudsakliga steg kan urskiljas:

1. Om den enskilde omfattas av personkretsen
2. Om behov av ansökt insats föreligger
3. I vilken omfattning insatsen ska beviljas

Om en förutsättning inte är uppfylld i något av stegen i bedömningen, har den enskilde inte rätt till ansökt insats. Det är då inte aktuellt att bedöma om efterföljande förutsättningar är uppfyllda.

6.8 Att fatta beslut

Den enskilde ska alltid få ett skriftligt beslut. Av delegationsordningen som omvårdnadsnämnden antagit framgår vilka beslut som får fattas av handläggare och vilka beslut som måste fattas av exempelvis chef för myndighetsutövning. Delegationsordningen revideras årligen.

Beslut enligt LSS och SoL för personer med funktionsnedsättning fattas av LSS-handläggare med delegation att fatta beslut. Handläggare utan delegation kan endast stå som förslagsställare i beslutet.



Ansökningar om nya insatser föredras med förslag till beslut på gemensam ärendedragning innan beslut fattas. Gemensam ärendedragning äger rum en gång per vecka där medarbetare på avdelningen för myndighetsutövning LSS deltar tillsammans med chef.

Ett beslut ska vara skriftligt och innehålla en klargörande motivering. Uppgifter om vilka omständigheter som har varit avgörande för ställningstagandet ska tydligt framgå.

6.9 Att underrätta den enskilde om beslut

Utredning och beslut skickas hem till den enskilde per post så snart beslutet är fattat. Vid avslagsbeslut kontaktar även LSS-handläggaren den enskilde per telefon för att informera om beslutet och skälen till att ansökt insats inte beviljas samt hur man går tillväga om man vill överklaga.

Om beslutet går att överklaga ska det framgå av beslutet hur en överklagan går till. Underrättelsen om hur man överklagar ska enligt 33 § FL innehålla information om vilka krav som ställs på överklagandets form och innehåll samt inom vilken tid som överklagandet måste ha inkommit till omvårdnadsnämnden.

6.10 Att överklaga beslut

Omvårdnadsnämndens beslut får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol om nämnden har meddelat beslut som avser insatser enligt 9 § LSS.

Ett beslut får överklagas av den som det angår, om det gått honom eller henne emot (41 och 42 §§ FL). Beslut överklagas till förvaltningsrätten i första instans, kammarrätten som andra instans och Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) som sista instans. För prövning i kammarrätten eller HFD krävs prövningstillstånd.

I överklagandet ska det anges vilket beslut som överklagas och på vilket sätt den enskilde vill att beslutet ska ändras. Beslutet överklagas till Förvaltningsrätten i Stockholm men ska skickas in till omvårdnadsnämnden som beslutsmyndighet. Överklagandet ska ha kommit in inom tre veckor från den dag som den enskilde fick del av beslutet. Omvårdnadsnämnden ska pröva om överklagandet har kommit in i rätt tid.



Handläggaren ska vara behjälplig med överklagan om så önskas. Handläggaren gör en bedömning om något nytt tillkommit som kan ändra beslutet. Om beslutet inte ändras skickar handläggaren in överklagan till Förvaltningsrätten i Stockholm samt registrerar detta i verksamhetssystemet.

Domstolen kan ändra beslutet och ersätta det med ett nytt. Nämnden måste då verkställa det nya beslutet. Domstolen kan också upphäva beslutet och återförvisa ärendet till nämnden för en ny prövning. Om domstolen meddelar ett interimistiskt beslut innebär det att domstolsbeslutet ska gälla i avvaktan på ett slutligt beslut i målet.

6.11 Att verkställa beslut

Ett beslut om rätt till insatser enligt LSS gäller som utgångspunkt omedelbart enligt 27 § fjärde stycket LSS.

Omvårdnadsnämnden tillämpar valfrihet enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) för att ge den enskilde möjlighet att välja vilken utförare som ska utföra vissa insatser enligt LSS och SoL. Stadens valfrihetssystem gäller för insatserna ledsagarservice, avlösarservice, korttidsvistelse, korttidstillsyn, bostad med särskild service för barn, ungdomar och vuxna samt för daglig verksamhet enligt LSS. Den enskilde kan också välja utförare av boendestöd och hemtjänst enligt SoL. Den enskilde kan välja bland de utförare som har avtal med omvårdnadsnämnden.

Den som beviljas personlig assistans enligt LSS kan själv välja om insatsen ska utföras av ett assistansföretag eller av Solna stads utförare Humaniora vård och Omsorg. Den enskilde kan också välja att själv anställa och vara arbetsgivare till sina personliga assistenter.

När en insats beviljas ska LSS-handläggaren informera den enskilde om hur insatsen verkställs. För de fall den enskilde beviljas en insats som omfattas av LOV ska handläggaren informera om vilka utförare som är valbara samt vara den enskilde behjälplig med att byta utförare om så önskas.

När den enskilde har valt utförare av beviljad insats skickar handläggaren en beställning till utföraren.



6.12 Utförande och verkställighet

Den enskilde ska garanteras inflytande i alla beslut som rör personen. Detta gäller såväl i handlägningsprocessen som i utförandet av beviljade insatser. Genomförandeplanen är ett viktigt redskap för den enskildes möjlighet till inflytande och delaktighet.

När utföraren har mottagit en beställning för den insats som har beviljats ansvarar utföraren för att upprätta en genomförandeplan. Planen ska upprättas tillsammans med den enskilde och/eller dennes företrädare. Av genomförandeplanen ska det framgå:

- vad som ska göras
- när det ska utföras
- hur det ska utföras
- vem eller vilka som ska utföra insatsen
- att den enskilde har varit delaktig vid upprättandet av genomförandeplanen
- när genomförandeplanen ska följas upp

Genomförandeplanen ska vara påbörjad inom 14 dagar och helt upprättad inom tre månader efter beställningen och ska delges ansvarig handläggare.

Handläggaren ska försäkra sig om att det av genomförandeplanen framgår att den enskilde kommer att få stöd och hjälp med de moment som framgår av beställningen.

6.13 Att följa upp pågående insatser

Omvårdnadsnämnden har ett ansvar att följa upp att beviljade insatser utförs (innehåll, omfattning och kvalitet) och att dessa tillgodoser den enskildes behov.

Handläggaren ansvarar för att säkerställa att beviljade insatser utförs enligt beslut och aktuell beställning och att den enskildes behov tillgodoses. Uppföljning sker tillsammans med den enskilde och utförare.



Individuell uppföljning under pågående beslut görs i enlighet med aktuell uppföljningsplan eller när behov av uppföljning påkallas eller uppmärksammas.

6.14 Ombedömning av tidsbegränsade beslut

Beslut om insatser enligt LSS är i regel tidsbegränsade. Ett tidsbegränsat beslut ska följas upp i god tid innan beslutet löper ut. Handläggaren ansvarar för att boka in uppföljningsmöte tillsammans med den enskilde och utförare. Den enskilde ges möjlighet att ansöka om insatsen på nytt och handläggaren inleder utredning på sedvanligt sätt.

I samband med att ett tidsbegränsat beslut löper ut ska en ny förutsättningslös prövning göras av den enskildes behov i enlighet med gällande rätt.

6.15 Dokumentation

Handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut enligt LSS ska dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Handlingarna ska förvaras på ett betryggande sätt så att obehöriga inte får tillgång till dem. Dokumentationen ska utformas med respekt för den enskildes integritet. Den enskilde bör hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom eller henne. Om den enskilde anser att någon uppgift i dokumentationen är oriktig ska detta antecknas enligt 21 b § LSS. Den tidigare uppgiften får däremot inte tas bort.

Dokumentationen ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5).



7 Personkretsbedömning

7.1 Lagens tre personkretsar

LSS omfattar inte alla personer med funktionsnedsättning. För att få ta del av de insatser som anges i lagen måste den enskilde tillhöra den så kallade personkretsen, dvs. den grupp av personer som omfattas av LSS.

När en ansökan har inkommit inleder handläggaren med att utreda om den enskilde omfattas av någon av LSS tre personkretsar. Detta görs innan behovsprövningen av den eller de insatser som ansökan avser.

LSS omfattar personer med:

1. utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom,
3. andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

En personkretsbedömning görs utifrån medicinskt underlag, vanligtvis läkarutlåtande. Även utlåtanden från exempelvis psykolog, arbetsterapeut eller fysioterapeut kan vara aktuellt. Det är inte tillräckligt att det i intyget anges att en person omfattas av LSS personkrets. Bedömning av personkretstillhörighet ska göras av LSS-handläggare.

Personkretstillhörigheten enligt punkt 1 och 2 bygger på medicinska diagnoser. Personkretstillhörighet enligt punkt 3 bygger på en funktionsbedömning utifrån vilka svårigheter den enskilde har i den dagliga livsföringen till följd av en funktionsnedsättning.

Om den enskilde inte bedöms omfattas av personkretsen avslås ansökan. Personer med funktionsnedsättning som inte omfattas av personkretsen har inte rätt till insatser enligt LSS. De kan däremot ha rätt till bistånd enligt SoL.



Personkretstillhörighet prövas vid varje ny ansökan och vid ombedömning av tidsbegränsade beslut.

7.2 Personkrets 1

Den första personkretsen omfattar personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. Personkretsen är diagnosstyrd och styrks genom medicinskt underlag där diagnos framgår.

Med utvecklingsstörning avses en intellektuell funktionsnedsättning orsakad av en brist eller skada som inträffat under den enskildes utvecklingsperiod, i allmänhet före 16 års ålder (prop. 1992/93:159 s. 53 f.)

Med autism eller autismliknande tillstånd avses enligt förarbetena en djupgående störning som debuterar under barndomen, i regel före sju års ålder, och som påverkar bland annat social förmåga, kommunikation och beteende (prop. 1992/93:159 s. 54). Med autism och autismliknande tillstånd menas diagnos inom autismspektrumet. Det är skillnad mellan autism och autistiska drag. Det senare är inte en diagnos som omfattas av personkrets 1. Autistiska drag är ofta en komplettering till annan diagnos och innebär inte att den enskilde uppnår kriterierna för diagnosen autism.

7.3 Personkrets 2

Den andra personkretsen omfattar personer som har fått ett betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder. Hjärnskadan ska ha föranletts av yttre våld eller kroppslig sjukdom efter utvecklingsåren. Personkretsen är diagnosstyrd och styrks genom medicinskt underlag där diagnos framgår.

Utlösande faktorer ska vara sjukdomar av kroppslig art, exempelvis tumörer, hjärnblödningar och inflammationer eller skador som har föranletts av yttre våld, till exempel trafikolyckor. Däremot avses inte personer med olika psykiska sjukdomstillstånd, som också kan medföra begåvningsmässigt funktionshinder, exempelvis demens, och inte heller personer med sjukdomar som är en följd av missbruk av beroendeframkallande medel. Dessa personer kan endast omfattas av LSS om de uppfyller kriterierna i personkrets 3 (prop. 1992/93:159 s. 167 f.). I några undantagsfall har personer med demens och



Alzheimers sjukdom bedömts tillhöra personkrets 2. Tillståndet har då bedömts bero på kroppslig sjukdom och inte på ett psykiskt sjukdomstillstånd (se RÅ 2008 ref. 78).

Hjärnskadan ska ha medfört en betydande och bestående begåvningsmässig funktionsnedsättning. Med detta avses att hjärnskadan bör ha reducerat den intellektuella funktionsförmågan i så hög grad att ett bestående hjälpbehov föreligger för att klara den dagliga livsföringen. Den reducerade intellektuella förmågan kan innebära försämrad förmåga till abstrakt tänkande, inlärning, minne och orientering i tid och rum. Den kan också medföra försämrad verbal förmåga och därmed försvårad kommunikation. Direkt eller indirekt kan initiativförmågan påverkas negativt.

Funktionsnedsättningen ska vara bestående, vilket innebär att olika behandlande åtgärder inte kan förväntas förändra funktionsnedsättningens omfattning på något avgörande sätt.

7.4 Personkrets 3

Den tredje personkretsen omfattar personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service. För att en persons funktionsnedsättning och stödbehov ska vara av det kvalificerade slag som krävs för att omfattas av personkrets 3 måste alla angivna rekvisit vara uppfyllda. Rekvisiten går dock inte att helt självständigt bedöma var för sig eftersom de påverkar varandra (prop. 1992/93:159 s. 168).

Funktionshindret ska vara varaktigt, dvs. inte vara av tillfällig eller mer övergående natur. Det måste inte vara fastställt att funktionsnedsättningen är permanent eller livslång. En faktor som beaktas i bedömningen är hur länge funktionsnedsättningen har förelegat. För en person som nyligen fått en funktionsnedsättning är det oftast ovisst hur förmågorna kommer att utvecklas. Det finns inte någon minsta tid under vilken funktionsnedsättningen ska ha funnits för att bedömas som varaktig. Andra faktorer av betydelse vid bedömningen är möjligheten till funktionsförbättring genom rehabilitering, operation eller medicinering.



Funktionshindret ska inte uppenbart beror på normalt åldrande. Detta innebär en åldersmässig avgränsning av vilka personer som LSS omfattar.

Funktionsnedsättningar som kan uppkomma till följd av högre ålder ger inte rätt till stöd enligt LSS. Det handlar till exempel om nedsättningar i rörelseförmågan, hjärt- och kärlsjukdomar och sjukdomar inom centrala nervsystemet. En funktionsnedsättning som inte beror på normalt åldrande kan däremot uppkomma i hög ålder. Som exempel kan nämnas om en äldre person har varit med om en trafikolycka som medfört en varaktig funktionsnedsättning. Det finns inte någon åldersgräns för vilka personer som kan omfattas av LSS personkrets.

Funktionshindret ska också vara stort för att omfattas av lagen. Det innebär att funktionshindret ska ha en sådan karaktär eller omfattning att det starkt påverkar flera viktiga livsområden samtidigt, till exempel boende och fritid. Det gäller bland annat om en person till följd av funktionshinder dagligen är beroende av hjälpmedel eller har återkommande behov av annan persons hjälp för den dagliga livsföringen i boendet, på fritiden eller för att förflytta sig. Exempel på personer med sådana funktionshinder kan vara människor med uttalade rörelsehinder.

Vidare krävs att funktionshindret förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen. Därmed anses att den enskilde inte på egen hand kan klara vardagsrutiner som till exempel personlig hygien, toalettbestyr, påklädning, mathållning, kommunikation, förflyttning inomhus eller utomhus.

Därutöver krävs att de betydande svårigheterna i den dagliga livsföringen får till följd ett omfattande behov av stöd eller service. Den enskilde ska i allmänhet ha ett återkommande behov av särskilt stöd för att klara funktioner som andra kan klara på egen hand. Med återkommande avses att stödbehovet vanligen föreligger dagligen och i olika situationer och miljöer.



8 Rätten till LSS-insatser

8.1 Lagens insatser

Insatserna för särskilt stöd och service är angivna i 9 § LSS:

1. rådgivning och annat personligt stöd (regionens ansvar)
2. biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans,
3. ledsagarservice,
4. biträde av kontaktperson,
5. avlösarservice i hemmet,
6. korttidsvistelse utanför det egna hemmet,
7. korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov,
8. boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet,
9. bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna,
10. daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder.

Omvårdnadsnämnden ansvarar för alla LSS-insatser förutom rådgivning och annat personligt stöd som ges av regionens habilitering.

8.2 Personlig assistans

Om insatsen

Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans är en insats som kan beviljas enligt 9 § 2 LSS. Personlig assistans är en insats som ska vara förbehållen krävande eller komplicerade situationer, i regel av mycket privat och känslig karaktär (prop. 1992/93:159 s. 64 och s. 176). Avgörande bör vara att den enskilde behöver personlig hjälp av ett begränsat antal personer för att klara sin andning, hygien, för att klä sig och klä av sig, för att inta måltider eller för att kommunicera med andra.



Med personlig assistans avses enligt 9 a § första stycket LSS ett personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med sin andning, personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade (grundläggande behov). Den som bedöms vara berättigad till personlig assistans har också rätt till stöd för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt.

Insatsen kan beviljas som biträde av personlig assistent eller som ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans. Vid biträde av personlig assistent är det den kommunala utföraren som är arbetsgivare och anställer personliga assistenter. Om ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för personlig assistans beviljas är det den enskilde som väljer att anordna assistansen på annat sätt, antingen genom att anlita en privat assistansanordnare, ett kooperativ eller att själv vara arbetsgivare till sina assistenter.

Personlig assistans kan enligt 9 b § LSS inte beviljas till personer som ansöker om insatsen efter 65 års ålder. Den personliga assistansen får däremot behållas av en person som har beviljats insatsen innan han eller hon fyllde 65 år. Insatsen kan däremot inte utökas efter att den enskilde har fyllt 65 år.

Grundläggande behov

För rätt till personlig assistans enligt LSS krävs att den enskilde har behov av handgriplig hjälp med sådana grundläggande behov som anges i 9 a § LSS. Aktiverings- och motivationsinsatser räknas normalt inte till de grundläggande behoven.

De grundläggande behoven enligt LSS är andning, personlig hygien, måltider, på- och avklädning, kommunikation och annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den enskilde.

Utgångspunkten är att hjälpen ska vara av mycket privat och integritetsnära karaktär för att betraktas som ett grundläggande behov (RÅ 2009 ref. 57, HFD 2012 ref. 41 och HFD 2020 ref. 7). Det är därför nödvändigt att utreda och bedöma vilka behov som föreligger och på vilket sätt hjälpen behöver ges. Om



hjälp, helt eller delvis, är av tillräckligt kvalificerat slag är avgörande för bedömningen av rätten till personlig assistans.

Hjälp med andning och måltider i form av sondmatning ska däremot kunna ge rätt till personlig assistans oavsett hjälpens karaktär.

Andning

Hjälp med andning förutsätter att den enskilde har en dokumenterad nedsättning av någon av andningsfunktionerna och att det finns en risk för den enskildes hälsa, ytterst den enskildes liv, om hjälpinsatserna inte ges. Hjälpåtgärder som mer allmänt syftar till att förbättra andningsförmågan eller underlätta andning berättigar inte rätt till personlig assistans som ett grundläggande behov. Hjälp med andning kan till exempel avse avancerad andningsgymnastik, respiratorvård, hantering av trakealkanyl, vid trakeostomi, slemsugning i andningsvägarna och övervakning på grund av risk för kvävning eller lungblödning (prop. 2018/19:145 s. 29).

Som en förutsättning för att en hälso- och sjukvårdsåtgärd ska ge rätt till personlig assistans gäller att åtgärden kan utföras som egenvård utanför tillämpningsområdet för hälso- och sjukvårdslagen.

Personlig hygien

Hjälp med personlig hygien avser aktiv hjälp i syfte att hålla kroppen ren från smuts och andra ohälsosamma ämnen (HFD 2019 ref. 56). Aktiviteten måste ha ett rengörande syfte för att betraktas som ett grundläggande behov utifrån den normalspråkiga innebörden av begreppet hygien.

Vissa hjälpbehov är alltid att betrakta som grundläggande utifrån att de syftar till att hålla kroppen ren. Det handlar bland annat om hjälp med att tvätta hår och kropp, torka sig, borsta tänder och sköta toalettbehov.

Det finns också andra hjälpbehov som påminner om hygienåtgärder men som inte syftar till att hålla kroppen ren. Som exempel kan nämnas hjälp med sminkning, hårklippning, applicera parfym och insmörjning av mjukgörande hudkräm. Dessa hjälpbehov är inte att betrakta som grundläggande då det saknas ett rengörande syfte (HFD 2019 ref. 56).



Hjälp med förflyttningar är i regel inte ett grundläggande behov. I vissa situationer kan däremot tiden för förflyttningar ingå i bedömningen av det grundläggande behovet personlig hygien om hjälp med förflyttning är en del av momentet. Även förflyttningshjälp måste i dessa fall vara mycket privat och integritetskänslig. Det kan till exempel handla om förflyttningar in och ut från duschen.

Måltider

För att hjälp med måltider ska betraktas som ett grundläggande behov krävs det att hjälpen avser intag av måltider i form av handgriplig hjälp med att föra mat och dryck till munnen (prop. 1992/93:159 s. 64 och 174). Övriga moment runt måltiden som hjälp med matlagning, duka fram och av, lägga upp mat på tallriken samt skära och dela mat är inte att betrakta som grundläggande behov (RÅ 2009 ref. 57).

Av praxis framgår att det avgörande ska vara om den enskilde behöver hjälp att tillföra kroppen näring. På vilket sätt näringen tillförs bör därför inte vara utslagsgivande. Hjälp med sondmatning är att betrakta som ett grundläggande behov oavsett hjälpens karaktär.

På- och avklädning

Hjälp med på- och avklädning avser aktiv hjälp med att ta på och av kläder närmast kroppen. Även hjälp med på- och avklädning av proteser och ortoser kan omfattas. För att på- och avklädningen ska betraktas som grundläggande behov krävs det att hjälpen, helt eller delvis, är av tillräckligt privat och integritetskänslig karaktär.

Hjälp med att ta på och av kläder närmast kroppen såsom underkläder, tröja, byxor eller klänning är normalt sett av mycket privat och integritetsnära karaktär. Hjälp med att ta på och av ytterkläder och skor är däremot inte normalt sett av särskilt privat eller integritetsnära karaktär.

Andra moment som är kopplade till klädsel, som att exempelvis välja och plocka fram kläder, utgör inte grundläggande behov.



Kommunikation

Att kommunicera med andra är att betrakta som ett grundläggande behov om den enskilde har sådana särskilda svårigheter att kommunicera att det krävs en assistent närvarande för att kommunikation med tredje part över huvud taget ska vara möjlig.

Det krävs att assistenten ska behöva kunskap om den enskilde, personens funktionsnedsättning och individuella sätt att kommunicera för att kunna förstå den enskilde och för att hjälpa honom eller henne att uppfatta budskap från andra (RÅ 2010 ref. 17). Om den enskilde kan göra sig förstådd genom teckenspråk krävs det inte kunskap om den enskildes individuella sätt att kommunicera utan snarare kunskap om ett alternativt kommunikationssätt. Stöd med kommunikation är i dessa fall inte att betrakta som ett grundläggande behov.

Annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den enskilde

Det grundläggande behovet annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den enskilde kan delas upp i två delar. Den ursprungliga delen utgörs av kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser som krävs för att den enskilde själv ska kunna tillgodose ett eller flera av de övriga grundläggande behoven, till exempel att inta en måltid. Den andra delen har utvecklats i praxis och avser aktiv tillsyn av övervakande karaktär när sådan tillsyn behövs för att begränsa allvarliga konsekvenser av ett utåtagerande beteende (RÅ 1997 ref. 23 och HFD 2020 ref. 7).

Om det är tillräckligt med adekvat utbildning om funktionsnedsättningen för att kunna ge den enskilde stöd krävs det inte ingående kunskaper om personen. För att det ska finnas ett behov av ingående kunskaper krävs det att den personliga assistenten endast kan förvärva kunskapen genom att lära känna den enskilde.

Aktiverings- och motivationsinsatser räknas normalt inte till de grundläggande behoven. Endast kvalificerade aktiverings- och motiveringsinsatser kan betraktas som grundläggande behov om hjälpen förutsätter ingående kunskaper om den enskilde. Påminnelser, vägledning och instruktioner utgör inte grundläggande behov eftersom hjälpen inte är av kvalificerad natur (RÅ 2003 ref. 33 och HFD 2020 ref. 7).



Aktiv tillsyn kan betraktas som ett grundläggande behov om tillsynen är av övervakande karaktär till följd av ett utåtagerande aggressivt beteende och förutsätter ingående kunskaper om den enskilde för att kunna utföras. Vid bedömningen ska hänsyn tas till risken för att allvarliga konsekvenser inträffar såsom att personen skadar sig själv eller andra. Incidenter måste vidare uppstå med en viss frekvens eller vara mycket lättväckt, oförutsägbar eller våldsam för att det ska finnas ett behov av aktiv tillsyn som ett grundläggande behov.

Endast personer med psykiska funktionsnedsättningar kan vara i behov av annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper. Det måste också vara den psykiska funktionsnedsättningen som ligger till grund för det hjälpbehov som förutsätter ingående kunskaper om den enskilde (HFD 2015 ref. 46). Om hjälpbehovet istället grundar sig på en fysisk funktionsnedsättning eller annat medicinskt tillstånd är behovet inte att betrakta som grundläggande. Aktiv tillsyn kan därför inte beviljas som ett grundläggande behov för personer som är i behov av tillsyn till följd av epilepsi eller andningsbesvär.

Samlad bedömning

För att avgöra om den enskilde är i behov av personlig assistans ska en sammanvägd bedömning göras. Det finns ingen tidsgräns på hur omfattande hjälpbehovet med de grundläggande behoven måste vara för att berättiga till personlig assistans. Tidsfaktorn är ändå betydelsefull i bedömningen eftersom ett större stödbehov också resulterar i en högre tidsåtgång. Om tidsåtgången för de grundläggande behoven överstiger sju timmar per vecka talar tidsåtgången för att rätt till personlig assistans föreligger. Om tidsåtgången är lägre än sju timmar per vecka måste en samlad bedömning göras där både kvantitativa och kvalitativa aspekter beaktas. Bedömningen görs med hänsyn till vilka moment den enskilde behöver stöd med och om behovet är av mycket privat eller integritetskänslig karaktär eller förutsätter specifik kompetens. Hur ofta hjälpen behövs är också en faktor i den samlade bedömningen.

Andra personliga behov

Den som bedöms vara i behov av personlig assistans för sina grundläggande behov har även rätt till personlig assistans för andra personliga behov om behoven inte tillgodoses på annat sätt. Det kan exempelvis handla om hjälp med förflyttningar, handräckning, hushållsuppgifter och fritidsaktiviteter.



Handläggaren behöver därför utreda hur den enskildes samlade stödbehov över hela dygnet ser ut.

Personlig assistans för andra personliga behov avser även:

1. tid under den enskildes dygnsvila när en assistent behöver vara tillgänglig i väntan på att den enskilde behöver hjälp utan att det är fråga om tillsyn (väntetid),
2. tid under den enskildes dygnsvila när en assistent i stället behöver finnas till förfogande på annan plats i väntan på att den enskilde behöver hjälp (beredskap), och
3. tid när en assistent behöver vara närvarande i samband med en aktivitet utanför den enskildes hem på grund av att ett hjälpbehov kan förväntas uppstå.

Den som har behov av mer än en personlig assistent samtidigt har rätt till två eller fler assistenter om möjligheterna att få bidrag enligt lagen (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag eller hjälpmedel enligt HSL har utretts.

Personlig assistans beviljas inte för hälso- och sjukvårdsuppgifter då ansvaret åvilar annan huvudman. Personlig assistans kan beviljas för hälso- och sjukvårdsuppgifter som är bedömda som egenvård. Det innebär att en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att patienten kan utföra åtgärden själv eller att patienten kan ge instruktion om när, vad och hur uppgiften ska utföras. Det krävs att bedömningen styrks med ett särskilt egenvårdsintyg.

Beslutets omfattning och giltighetstid

Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans beviljas med antal timmar per vecka utifrån den enskildes behov.

Utifrån insatsens karaktär och med hänsyn till att behovet av personlig assistans kan komma att förändras tidsbegränsas oftast beslutet. Personlig assistans kan beviljas utan tidsbegränsning för personer över 65 år som har rätt att behålla beviljad insats.



8.3 Ledsagarservice

Om insatsen

Insatsen ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS innebär att en person med funktionsnedsättning får stöd av en följeslagare för att genomföra aktiviteter utanför hemmet. Insatsen syftar till att underlätta för personer med funktionsnedsättning att kunna leva som andra och delta i samhällets gemenskap. Avsikten är att den enskilde ska få hjälp med att komma ut bland andra människor, exempelvis ledsagning för besök hos vänner eller deltagande i samhällslivet eller kulturlivet.

Det primära syftet med ledsagarservice är att möjliggöra för den enskilde att ta sig till och från enklare fritidsaktiviteter. Ledsagarservice syftar också till att bryta den isolering som ofta blir följderna av en omfattande funktionsnedsättning.

I förarbetena till LSS (prop. 1992/93:159 s. 74 och 178) anføres bland annat att ledsagarservice är en stödform som ursprungligen utvecklades för synskadade personer, men som senare kommit även andra grupper av funktionsnedsatta till del. Ledsagarservice är en betydelsefull verksamhet som kan underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättning att delta i samhällslivet. Servicen bör erbjudas personer som tillhör lagens personkrets för att till exempel besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet eller bara promenera. Insatsen bör ha karaktären av personlig service och anpassas efter de individuella behoven.

I praxis har insatsen ledsagarservice enligt LSS ansetts vara en tämligen begränsad insats avsedd att skapa möjlighet att genomföra enklare aktiviteter och bryta social isolering. Omfattande insatser i assistansliknande former har inte ansetts ligga inom ramen för insatsen ledsagarservice. För dem som har beviljats personlig assistans ingår ledsagning i den personliga assistansen (se HFD 2011 ref. 8 och HFD 2011 ref. 62).

Utredning och bedömning

Insatsen ledsagarservice kan beviljas till barn, ungdomar och vuxna som bedöms vara i behov av stöd att ta sig till och från enklare fritidsaktiviteter. Det



kan till exempel handla om att gå på bio, fika, utöva sport eller andra fritidsaktiviteter, besöka vänner eller promenera.

Vid bedömningen av behovet av ledsagarservice ska den enskildes förmåga att genomföra aktiviteter på egen hand beaktas samt den allmänna tillgängligheten där de aktuella aktiviteterna ska genomföras, till exempel om det finns stöd att tillgå eller om färdtjänst kan användas.

Utlandsresor är normalt inte att betrakta som en enklare aktivitet (se HFD 2011 ref. 60). En kortare resa till ett närliggande skandinaviskt land kan anses som en enklare aktivitet beroende på resans längd och om liknande resa inte har genomförts tidigare (se RÅ 2003 ref. 79). Att ta sig till och från skolan anses inte vara en sådan enklare aktivitet som ledsagarservice tar sikte på.

Vid bedömningen ska beaktas om behovet redan tillgodoses på annat sätt. För den som har beviljats personlig assistans ingår ledsagning i den personliga assistansen (HFD 2011 ref. 62).

I insatsen bostad med särskild service för barn, ungdomar och vuxna (9 § 8 och 9 § 9 LSS) ingår fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter. Personer som beviljats bostad med särskild service får vanligtvis sitt behov av ledsagning till aktiviteter utanför bostaden tillgodosett genom stöd av boendepersonal. I boendeinsatsen ska det finnas utrymme för ledsagning till individuella aktiviteter och fritidssysslor. Om den enskildes behov faktiskt inte är tillgodosett inom ramen för beviljad insats kan emellertid även personer som bor i bostad med särskild service ha rätt till ledsagarservice om det krävs för att uppnå goda levnadsvillkor (RÅ 1995 ref. 47).

Ledsagning kan till viss del medföra att den enskildes isolering bryts. Insatsen kan därmed påverka behovet av kontaktperson. Det är inte uteslutet att behov av båda insatser föreligger. En individuell bedömning måste göras utifrån förutsättningarna i det enskilda fallet.

Vid bedömningen av barns behov av ledsagarservice tas hänsyn till det normala föräldraansvaret (se kap. 9.1). Det är hjälpbehov som går utöver vad som är normalt för ett barn i samma ålder utan funktionsnedsättning som ska läggas till grund för bedömningen. För yngre barn ingår det till exempel i



föräldraansvaret att följa med barnet till och från aktiviteter såsom biobesök, simhallar och fotbollsträningar. Liknande aktiviteter är däremot något som äldre barn bedöms klara av på egen hand.

Beslutets omfattning och giltighetstid

Ledsagarservice beviljas med antal timmar per vecka utifrån den enskildes behov, intressen och aktiviteter. Vid bedömningen behöver hänsyn tas till vilken eller vilka aktiviteter den enskilde behöver ledsagning.

En vanlig omfattning av insatsen är att ledsagning beviljas för aktiviteter 1-2 tillfällen per vecka med en omfattning på 1-5 timmar per vecka. Det är alltid det individuella behovet som avgör ledsagningens omfattning. I bedömningen måste beaktas om ledsagning endast behövs till och från en aktivitet eller om stödet också behövs under aktiviteten för att den ska kunna genomföras.

Utifrån insatsens karaktär och med hänsyn till att behovet av ledsagarservice kan komma att förändras tidsbegränsas beslutet.

8.4 Biträde av kontaktperson

Om insatsen

Insatsen biträde av kontaktperson enligt 9 § 4 LSS ska främst tillgodose behovet av en medmänniska när anhörigkontakt saknas eller behöver kompletteras. En viktig uppgift för kontaktpersonen är att bryta den enskildes isolering genom samvaro och hjälp till fritidsverksamhet. Insatsen är ett icke professionellt stöd som ges av en person med stort engagemang och intresse för andra människor. Det finns inget krav på särskild yrkeskompetens för en kontaktperson (prop. 1992/93:159 s. 75 f. och 178).

Utredning och bedömning

Insatsen kontaktperson kan beviljas till barn, ungdomar och vuxna som bedöms vara socialt isolerade och som inte har något, eller ett begränsat, socialt nätverk.

Den enskildes isolering ska i detta sammanhang bedömas dels utifrån den enskildes egen upplevelse av ensamhet och utanförskap, dels utifrån en



objektiv bedömning av den enskildes levnadsförhållanden och de sociala sammanhang som personen ingår i.

För att bedöma om den enskilde är i behov av kontaktperson behöver den enskildes sociala nätverk utredas, till exempel kontakt med anhöriga, vänner, arbetskamrater, skolkamrater, grannar, god man eller personal. Det behöver vidare utredas vilka sociala sammanhang personen ingår i. Det kan exempelvis handla om familjerelationer, sysselsättning, skola och fritidsaktiviteter.

En annan faktor av betydelse är om den enskilde bor ensam eller tillsammans med någon. Om den enskilde bor tillsammans med någon i ett parförhållande föreligger oftast inte ett behov av kontaktperson.

Vid bedömningen ska beaktas om behovet redan tillgodoses på annat sätt. I insatsen bostad med särskild service för barn, ungdomar och vuxna (9 § 8 och 9 § 9 LSS) ingår stöd med fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter. Detta innebär att personer som bor i bostad med särskild service ska få hjälp av boendepersonal att bryta isolering genom samvaro och fritidsaktiviteter. Därmed bör de som bor i denna boendeform i de flesta fall få behovet av social kontakt och fritidsaktiviteter tillgodosett i sådan omfattning att behov av kontaktperson inte föreligger. För det fall att den enskildes behov av socialt stöd och fritidsaktiviteter inte tillgodoses genom boendet kan kontaktperson beviljas om det krävs för att den enskilde ska tillförsäkras goda levnadsvillkor (jfr RÅ 1995 ref. 47).

Insatsen ledsagarservice kan till viss del medföra att den enskildes isolering bryts, vilket kan påverka behovet av kontaktperson. Det är inte uteslutet att behov av båda insatser föreligger. En individuell bedömning måste göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet.

Vid bedömningen av barns behov av kontaktperson tas hänsyn till det normala föräldraansvaret (se kap. 9.1). Det är hjälpbehov som går utöver vad som är normalt för ett barn i samma ålder utan funktionsnedsättning som ska läggas till grund för bedömningen.



Beslutets omfattning och giltighetstid

Kontaktperson beviljas med antal timmar per månad utifrån den enskildes behov. En vanlig omfattning av insatsen är att träffa sin kontaktperson fyra till åtta timmar per månad.

Utifrån insatsens karaktär och med hänsyn till att behovet av kontaktperson kan komma att förändras tidsbegränsas beslutet.

8.5 Avlösarservice i hemmet

Om insatsen

Med avlösarservice enligt 9 § 5 LSS avses avlösning i det egna hemmet, vilket innebär att en person tillfälligt övertar omvårdnaden om en person med funktionsnedsättning från anhöriga eller andra närstående. Avlösningen sker med utgångspunkt från den enskildes hem, alternativt i nära anslutning till hemmet. I insatsen ingår omvårdnad enligt 9 e § LSS. Omvårdnaden ska ges utifrån den enskildes behov.

Avlösarservice i hemmet är en insats till stöd för anhöriga till personer som omfattas av personkrets enligt LSS. Insatsen avser att göra det möjligt för anhöriga eller familjehemsföräldrar att få avkoppling och utträta sysslor utanför hemmet. Avlösarservice kan erbjudas både som en regelbunden insats och som en lösning vid oförutsedda händelser (prop. 1992/93:159 s. 76f. och 178).

Föräldrar till barn med funktionsnedsättning behöver ofta hjälp med avlösning för att kunna genomföra egna aktiviteter. Avlösning kan även vara en förutsättning för att föräldrar ska kunna ägna sig åt det funktionsnedsatta barnets syskon eller resa bort. Tillgång till avlösning kan också vara en förutsättning för att föräldrar ska kunna medverka i aktiviteter som utbildning och behandling utan att barnet följer med (prop. 1992/93:159 s. 76f. och 178).

Anhöriga till vuxna med funktionsnedsättning som bor kvar hos sina föräldrar gör ofta stora vårdinsatser och kan behöva avlösning från uppgiften för att vila eller för att genomföra egna aktiviteter (prop. 1992/93:159 s. 77).



Utredning och bedömning

Avlösarservice i hemmet beviljas vanligtvis för att avlösa föräldrar till barn och ungdomar med funktionsnedsättning. Insatsen kan också beviljas för vuxna personer vars anhöriga är i behov av avlösning i omvårdnadsarbetet.

Avlösarservice utförs i hemmet. Om den enskilde behöver stöd att genomföra egna aktiviteter utanför hemmet kan insatsen ledsagarservice istället bli aktuell.

Behovsbedömningen utgår från anhörigas behov av avlösning för att kunna vila och koppla av, genomföra egna aktiviteter eller ägna sig åt andra syskon. Avlösarservice beviljas inte för att anhöriga ska kunna förvärvsarbeta. Avlösarservice är inte heller tänkt att ersätta förskola eller fritidshem.

Beträffande avlösarservice för barn ska särskilt beaktas om behov av avlösning föreligger med hänsyn till vad som får anses falla inom ramen för det normala föräldransvaret (se kap. 9.1). En jämförelse måste göras med vad som är normalt för ett barn i samma ålder utan funktionsnedsättning. Även små barn kan beviljas avlösarservice om behovet av tillsyn och omvårdnad överstiger vad som är normalt för ett barn i samma ålder utan funktionsnedsättning. Det kan till exempel handla om barn med stora medicinska behov, utåtagerande beteende eller sömnrubbningsar som innebär långa vakenperioder under natten.

Vid bedömningen behöver särskilt beaktas om barnet har en eller två vårdnadshavare. Vid gemensam vårdnad har båda vårdnadshavarna ett gemensamt ansvar för att barnet får sina behov tillgodosedda. En annan faktor av betydelse är om det finns syskon i familjen.

Vid bedömningen ska vidare beaktas om behovet kan anses vara tillgodosett på annat sätt. Behovet av avlösning kan till exempel vara tillgodosett genom att vårdnadshavarna med samordning och planering avlöser varandra eller genom stöd från familjens nätverk i form av mor- och farföräldrar, vänner och bekanta. Om barnet bor växelvis hos sina föräldrar medför boendeformen att föräldrarna får naturlig avlösning under den tid barnet bor hos den andra föräldern (Kammarrätten i Sundsvall 2017-04-19, mål nr 2324-16).

Anhörigas behov av avlösning kan även vara tillgodosett genom andra beviljade insatser såsom korttidsvistelse, korttidstillsyn, personlig assistans,



ledsagarservice eller kontaktperson om insatsen medför att anhöriga därigenom blir avlösta i omvårdnadsarbetet.

Beslutets omfattning och giltighetstid

Avlösarservice beviljas i antal timmar per vecka utifrån en individuell bedömning med beaktande av barnets ålder och normalt föräldraansvar. En vanlig omfattning av insatsen är att en avlösare tillfälligt övertar omvårdnaden av den enskilde två till sex timmar varje vecka.

Utifrån insatsens karaktär och med hänsyn till att behovet av avlösarservice ofta förändras tidsbegränsas beslutet.

8.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet

Om insatsen

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt 9 § 6 LSS innebär att den enskilde tillfälligt vistas på korttidshem, i stödfamilj eller på lägerverksamhet. Insatsen bör kunna erbjudas både som en regelbunden insats och som en lösning vid akuta situationer. I korttidsvistelse ingår omvårdnad enligt 9 e § LSS. Omvårdnaden ska ges utifrån den enskildes behov.

Korttidsvistelse kan beviljas för barn, ungdomar och vuxna som omfattas av personkrets enligt LSS. Av förarbetena (prop. 1992/93:159 s. 77 och 178) framgår att syftet med korttidsvistelse utanför det egna hemmet dels är att den enskilde ska erbjudas miljöombyte, rekreation och möjlighet till personlig utveckling, dels att anhöriga ska ges avlösning i omvårdnadsarbetet och utrymme för avkoppling. Insatsen kan därför delvis ses som ett alternativ till insatsen avlösarservice. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet bör också kunna ses som ett led i att bryta ett beroendeförhållande mellan barn och föräldrar.

Av praxis framgår att korttidsvistelse utanför det egna hemmet bör kunna komma ifråga för att tillgodose såväl behov av avlösning som behov av enbart miljöombyte eller rekreation, RÅ 2006 ref. 66 I och II.

Korttidsvistelse syftar inte i första hand till att skapa nya vänskapsrelationer eller sociala kontakter.



Utredning och bedömning

Vid prövningen av rätt till insatsen korttidsvistelse ska både den enskildes behov av miljöombyte och rekreation och anhörigas behov av avlösning utredas. Avgörande för bedömningen om rätt till insatsen korttidsvistelse föreligger är om den enskilde har behov av just en sådan insats och detta behov inte tillgodoses på annat sätt. Rätt till korttidsvistelse för miljöombyte och rekreation föreligger inte om behovet redan är tillgodosett genom egen initiativkraft (Kammarrätten i Göteborg 2008-04-02 mål nr 7015-06). Vid bedömningen behöver hänsyn tas till vilka möjligheter till miljöombyte och rekreation som den enskilde har. Det kan till exempel handla om deltagande i olika fritidsaktiviteter, besök hos vänner och släktingar samt andra vistelser utanför hemmet.

Vid bedömningen måste, utöver den enskildes förutsättningar och behov, även beaktas huruvida den enskilde har beviljats andra insatser enligt LSS som tillgodoser delvis samma behov. Vid bedömningen måste även en jämförelse göras med den livsföring som kan anses normal för en person i samma ålder (prop. 1992/93:159 s. 127).

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet beviljas huvudsakligen för barn och ungdomar. Vid behovsbedömningen måste i fråga om små barn särskilt beaktas det ansvar som vårdnadshavare har för omvårdnaden av barnet enligt 6 kap. 1-2 §§ FB (se kap. 9.1).

Yngre barn under 12 år har normalt sett inte själva ett behov av att komma till en annan miljö och få rekreation. Avgörande för yngre barns rätt till korttidsvistelse är därför om föräldrarnas behov av avlösning är av sådan karaktär och omfattning att det föreligger ett behov av regelbundna dygnslånga vistelser utanför föräldrahemmet. Exempel på situationer då behov av korttidsvistelse kan föreligga för yngre barn är när barnet kräver ständig övervakning på grund av utåtagerande beteende eller medicinska behov och långa vakenhetsperioder på natten om avlösningens behovet inte tillgodoses genom insatsen avlösarservice i hemmet. Vid bedömningen behöver beaktas om barnet har en eller två vårdnadshavare. Vid gemensam vårdnad har båda vårdnadshavarna ett gemensamt ansvar för att barnet får sina behov tillgodosedda. Behovet av avlösning kan i dessa fall vara tillgodosett genom att vårdnadshavarna med



samordning och planering avlöser varandra. En individuell bedömning måste göras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet.

Korttidsvistelse kan också beviljas för vuxna. Vid bedömningen av behovet för vuxna personer som bor kvar i föräldrahemmet måste hänsyn tas till vilka andra insatser som är beviljade. Behovet av, och därmed rätten till, korttidsvistelse minskar efter 18 års ålder. Korttidsvistelse kan beviljas för personer som befinner sig i en övergångsperiod till vuxenlivet då ökad självständighet och frigörelse från föräldrarna är naturlig. Utrymmet för vuxna ensamstående att göra anspråk på insatsen för rekreatiönsändamål är begränsat (jfr RÅ 2006 ref. 66 I).

Av praxis framgår att behovet av personlig utveckling kan utgöra skäl för korttidsvistelse i form av lägervistelse vid något eller några tillfällen för unga vuxna som befinner sig i ett skede av livet där frigörelse från föräldrarna är naturlig (HFD 2013 ref. 70).

I insatsen bostad med särskild service för barn, ungdomar och vuxna (9 § 8 och 9 § 9 LSS) ingår fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter. Utgångspunkten är att personer som bor i bostad med särskild service får sitt behov av miljöombyte och rekreation tillgodosett genom stöd av boendepersonal.

Personer med personlig assistans eller assistansersättning har vanligtvis assistanstimmar beviljade som möjliggör för den enskilde att ta del av aktiviteter av olika slag och få miljöombyte. Assistansen kan också användas för att ge anhöriga avlösning. Den enskilde tillförsäkras i dessa fall i regel goda levnadsvillkor genom redan beviljad insats. Att den enskilde är beviljad personlig assistans utesluter emellertid inte att behov av korttidsvistelse som en ytterligare insats kan föreligga vid en individuell prövning.

Då ett syfte med insatsen korttidsvistelse är att tillgodose anhörigas behov av avlösning är det av betydelse om insatsen avlösarservice i hemmet har beviljats.

Beslutets omfattning och giltighetstid

Korttidsvistelse beviljas med antal dygn var fjärde vecka utifrån en individuell bedömning med hänsyn till ändamålet med insatsen.



En vanlig omfattning av insatsen för den enskildes behov av miljöombyte, rekreation och personlig utveckling är att åka på korttidsvistelse två dygn var fjärde vecka.

En vanlig omfattning av insatsen för anhörigas behov av avlösning är att korttidsvistelse beviljas med två till fyra dygn var fjärde vecka.

Utifrån insatsens karaktär och med hänsyn till att behovet av korttidsvistelse kan komma att förändras tidsbegränsas beslutet.

8.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år

Om insatsen

Korttidstillsyn för skolungdomar över 12 år enligt 9 § 7 LSS är en förlängning på den fritidsverksamhet som erbjuds alla skolbarn till och med vårterminen det år barnet fyller 13 år. Korttidstillsyn kan erbjudas före och efter skoldagen, under lovdagar, studiedagar och längre lov (prop. 1992/93:159 s. 178).

Skolungdomar med funktionsnedsättning som inte klarar sig själva före eller efter skoldagen eller under skollov när deras föräldrar arbetar kan beviljas korttidstillsyn. Syftet med insatsen är inte enbart att tillhandahålla en ren tillsyn utan även en meningsfull fritidssysselsättning för skolungdomarna (se prop. 1992/93:159 s. 78 f.) I korttidstillsyn ingår omvårdnad enligt 9 e § LSS. Omvårdnaden ska ges utifrån den enskildes behov.

Utredning och bedömning

Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov är en insats som kan beviljas för skolungdomar som omfattas av personkretsen enligt LSS.

Beslut om korttidstillsyn kan fattas från och med höstterminen det år ungdomen fyller 13 år. Som tidigast kan beslutet fattas från och med juli månad om ungdomen är i behov av korttidstillsyn under sommarlovet. Insatsen kan beviljas under hela skolgången.

Korttidstillsyn kan beviljas för skolungdomar som har förvärvsarbetande föräldrar och som inte klarar sig ensamma hemma före och/eller efter skoldagen. Insatsen kan också beviljas om vårdnadshavarna saknar



förvärvsarbete om det krävs för att ungdomen ska få en meningsfull fritidssysselsättning och kunna leva som andra ungdomar i samma ålder. Vid bedömningen behöver hänsyn tas till hur skolungdomen själv, eller med stöd av annan, tillgodoser sitt behov av en meningsfull fritidssysselsättning.

För skolungdomar som bor i bostad med särskild service ingår fritidsverksamhet i boendet. Den enskildes behov av tillsyn och meningsfull fritid ska i regel tillgodoses inom ramen för boendeinsatsen.

För skolungdomar som är beviljade personlig assistans tillgodoses behovet av tillsyn och meningsfull fritid vanligtvis genom den personliga assistansen. Vid bedömningen behöver det utredas om assistansbeslutet rent faktiskt tillgodoser barnets behov. Möjligheten att ansöka om utökad personlig assistans för att tillgodose behovet före och efter skoldagen utgör inte skäl att avslå ansökan om korttidstillsyn (se HFD 2015 ref. 35).

Beslutets omfattning och giltighetstid

Beslut om korttidstillsyn begränsas vanligtvis inte i omfattning utan gäller både före och efter skoldagen samt under lov, förutsatt att något annat behov inte framkommit i utredningen.

Beslutet tidsbegränsas alltid utifrån att korttidstillsyn är en insats som är förbehållen skolungdomar över 12 år. Beslutet fattas som tidigast från och med höstterminen det år ungdomen fyller 13 år, eller från skolavslutningen i det fall den enskilde begär det. Beslutets giltighetstid bör följa planerad skolgång.

8.8 Bostad i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar

Om insatsen

Ett av socialtjänstens främsta mål är att skapa förutsättningar för att barn och ungdomar med funktionsnedsättning ska kunna växa upp i sina föräldrahem. Barn och ungdomar i behov av speciellt stöd som trots olika stödåtgärder inte kan bo hos föräldrarna kan ha rätt till boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar enligt 9 § 8 LSS. Boende i bostad med särskild service kan både vara föranlett av barnets eller ungdomens skolsituation och av ett omfattande omvårdnadsbehov. Det är i första hand



omvårdnadsbehovet som föranleder valet av boendeform och det är ofta fråga om att tillgodose komplicerade omvårdnadsbehov. Insatsen kan beviljas som längst till dess att ungdomens skolgång på gymnasienivå upphör (prop. 1992/93:159 s. 81 och 179).

Syftet med insatsen är att ge möjlighet till en kompletterande och varaktig uppväxtmiljö utanför föräldrahemmet. Familjehem innebär att barnet bor hos en annan familj än den egna. I bostad med särskild service bor barn och ungdomar tillsammans i en hemlik miljö där personal finns tillgänglig dygnet runt. Bostaden ska utformas så att varje barn och ungdom tillförsäkras en trygg och säker boendemiljö. I insatsen ingår omvårdnad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter enligt 9 e § LSS. Stödet ges utifrån den enskildes behov.

Utredning och bedömning

Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet är en insats som kan beviljas för barn och ungdomar som omfattas av personkretsen enligt LSS och som har ett omfattande behov av stöd. Det handlar i första hand om barn och ungdomar med komplicerade omvårdnadsbehov, ofta av medicinsk eller teknisk karaktär. En bedömning behöver göras av barnets eller ungdomens omvårdnadsbehov, vad personen klarar själv och vilka moment i vardagen som personen behöver stöd med. Avgörande för bedömningen är om omvårdnadsbehovet bedöms vara komplicerat och så omfattande att det krävs att boendeformen beviljas.

Bostad med särskild service kan också vara motiverat på grund av barnets eller ungdomens skolgång. Om den enskilde på grund av sin funktionsnedsättning behöver gå i skola på annan ort och är i behov av boende i anslutning till skolan för att kunna påbörja och fullfölja utbildningen kan insatsen beviljas. Vid bedömningen tas hänsyn till om likvärdig utbildning finns att tillgå i närheten av det egna hemmet och om det är möjligt för skolungdomen att resa mellan det egna hemmet och skolan och på så vis fullgöra skolgången.

Beslutets omfattning och giltighetstid

Beslut om boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar begränsas inte i omfattning utan är en heltäckande insats.



Beslutet tidsbegränsas alltid utifrån att insatsen är förbehållen barn och ungdomar. Som längst kan insatsen beviljas till dess att ungdomens skolgång på gymnasienivå upphör.

8.9 Bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna

Om insatsen

Bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS avser antingen servicebostad eller gruppboende och innebär ett boende med fast personalstöd. Med *servicebostad* avses en fullvärdig bostad med god tillgänglighet där omfattande service och vård kan ges dygnet runt. *Gruppboende* är ett bostadsalternativ för personer som har ett så omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov att mer eller mindre kontinuerlig närvaro av personal är nödvändig. I en gruppboende ska finnas erforderlig fast kollektiv bemanning som i huvudsak ska täcka de boendes hela stödbehov. Syftet med denna boendeform är att vuxna personer med funktionshinder som inte klarar eget boende eller boende i servicebostad ändå ska ha möjlighet att lämna föräldrahemmet och skapa sig ett eget hem (prop. 1992/93:159 s. 86 och 179). I bostad med särskild service för vuxna ingår omvårdnad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter enligt 9 e § LSS. Stödet ges utifrån den enskildes behov.

Annan särskilt anpassad bostad för vuxna enligt 9 § 9 LSS är en av kommunen anvisad lämplig bostad med viss grundanpassning utifrån den enskildes behov (prop. 1992/93:159 s. 87 och 179 f). Med grundanpassning avses olika anpassningar av bostadens fasta funktioner i och i anslutning till bostaden (SOU 2008:77 s. 605). I denna boendeform ingår ingen fast bemanning utan den enskildes behov av stöd tillgodoses på annat sätt genom till exempel hemtjänst eller personlig assistans. I praxis har anpassningar i form av skydd mot ljud utifrån och möjlighet att hålla temperaturen nere i bostaden inte ansetts vara sådana grundanpassningar som lagstiftaren avsett (jfr HFD 2011 ref. 66). Individuellt utformade anpassningsåtgärder i den funktionsnedsattes egen lägenhet utgör inte en sådan insats som avses med annan särskilt anpassad bostad enligt LSS (RÅ 2008 ref. 39).



Den enskilde har inte rätt att begränsa sin ansökan till att gälla bara en viss boendeform enligt 9 § 9 LSS (RÅ 2010 ref. 91).

Utredning och bedömning

Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna är en insats som kan beviljas till vuxna personer som omfattas av personkretsen enligt LSS.

Av 9 e § LSS framgår att omvårdnad ingår i insatsen bostad med särskild service. Med omvårdnad avses individuellt anpassad hjälp i den dagliga livsföringen med insatser som ska tillgodose den enskildes behov. Exempel på sådana behov är hjälp med att äta, dricka, förflytta sig, sköta personlig hygien, klä sig, sköta hemmet, tillreda måltider, göra ärenden och inköp, kommunicera, upprätthålla sociala kontakter och bryta isolering samt göra tillvaron begriplig, förutsägbar och trygg (se definition av omvårdnad enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS, SOSFS 2002:9).

Bostad med särskild service för vuxna beviljas för personer som har så omfattande behov av omvårdnad, stöd och service att behovet inte kan tillgodoses genom insatser i ordinärt boende. En bedömning behöver göras av vilka moment i vardagen som den enskilde klarar själv och vilka moment den enskilde behöver stöd med. Känsla av oro och otrygghet är en faktor som ska beaktas i sammanhanget men den kan i sig inte vara utslagsgivande för bedömningen. Avgörande för bedömningen är om behovet av omvårdnad, stöd och service är så omfattande att det kräver ett boende med personal tillgänglig dygnet runt.

Vid bedömningen av behov av annan särskilt anpassad bostad för vuxna måste information inhämtas om vilka anpassningsåtgärder den enskilde är i behov av och om dessa är att betrakta som grundanpassningar i bostadens fasta funktioner. En bedömning behöver göras av möjligheten att i första hand tillgodose den enskildes behov genom bostadsanpassning av den nuvarande bostaden.



Beslutets omfattning och giltighetstid

Beslut om bostad med särskild service för vuxna begränsas inte i omfattning utan är en heltäckande insats.

Utifrån insatsens karaktär och med hänsyn till att behovet av bostad med särskild service för vuxna kan komma att förändras tidsbegränsas beslutet vanligtvis. Insatsen kan beviljas utan tidsbegränsning om det bedöms vara lämpligt i det enskilda fallet. Det gäller främst för äldre personer med funktionsnedsättning som under lång tid har varit beviljade insatsen och det bedöms sannolikt att behovet kommer att kvarstå.

8.10 Daglig verksamhet

Om insatsen

Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS är en insats för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. Det övergripande syftet med insatserna enligt LSS är att åstadkomma så jämlika villkor som möjligt mellan människor med omfattande funktionsnedsättning och andra människor. Att ha ett arbete är av mycket väsentlig betydelse för alla människors livskvalitet och delaktighet i samhällslivet. Den dagliga verksamheten bör ha som syfte att bidra till den personliga utvecklingen och att främja delaktigheten i samhället. Verksamheten ska erbjuda den enskilde stimulans, utveckling, meningsfullhet och gemenskap. Ett övergripande mål med insatsen daglig verksamhet är att på kortare eller längre sikt utveckla den enskildes möjligheter till förvärvsarbete (prop. 1992/93:159 s. 50, 88f och 181). I insatsen daglig verksamhet ingår omvårdnad enligt 9 e § LSS. Omvårdnad ges utifrån den enskildes behov.

Daglig verksamhet är inte en anställningsform. Det är inte fråga om ett avlönat arbete och syftar inte heller till att producera varor eller tjänster. Verksamheten kan däremot med fördel utformas så att den bidrar till att öka den enskildes förutsättningar att senare få en anställning. Möjligheten till arbete på den reguljära arbetsmarknaden ska regelbundet prövas (prop. 1992/93:159 s. 90f).

Huvudansvaret för arbetsmarknadsåtgärder åvilar Arbetsförmedlingen och det framhålls i förarbetena till LSS att gängse möjligheter till ett arbete på öppna arbetsmarknaden i första hand måste prövas (jfr. prop. 1992/93:159 s. 88).



När det gäller omfattningen av daglig verksamhet bör samma riktlinjer användas som i arbetslivet. Anpassning efter individuella önskemål och behov måste givetvis göras (prop. 1992/93:159 s. 50 och 90).

Den som deltar i daglig verksamhet har rätt till habiliteringsersättning som utbetalas av utföraren.

Utredning och bedömning

Daglig verksamhet kan endast beviljas för personer som omfattas av personkrets 1 eller 2 i LSS. För personer som omfattas av personkrets 3 måste behovet av sysselsättning prövas enligt socialtjänstlagen.

Daglig verksamhet är en sysselsättning för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. Med yrkesverksam ålder avses personer som har slutat grundskolan och som inte har uppnått pensionsåldern. Insatsen beviljas inte vid nyansökningar för personer som har uppnått pensionsåldern. Den som har ett beslut om daglig verksamhet och uppnår pensionsåldern har möjlighet till förlängning av beslutet i enlighet med vad som gäller inom allmänna pensionsregler (HFD 2014 ref. 41).

Daglig verksamhet beviljas för personer som på grund av sin funktionsnedsättning inte står till arbetsmarknadens förfogande. Vid bedömningen av behov av daglig verksamhet ska Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans ansvar att hitta vägar för den enskilde att få eller återgå i arbete beaktas. Hur den enskildes kontakt med Arbetsförmedlingen har sett ut behöver därför utredas om det inte är uppenbart att den enskilde saknar möjligheter till arbete på öppna arbetsmarknaden. Om den enskilde har sin försörjning genom socialförsäkringssystemet i form av aktivitetsersättning eller sjukersättning innebär det att Försäkringskassan har gjort bedömningen att personen har nedsatt arbetsförmåga minst ett år. Om den enskilde uppbär någon av dessa ersättningar talar det för att personen inte står till arbetsmarknadens förfogande och kan vara i behov av daglig verksamhet.

Daglig verksamhet är en sysselsättning för personer som inte utbildar sig. Insatsen kan i undantagsfall kombineras med enstaka studier i lägre omfattning såvida studierna inte bedöms som huvudsaklig sysselsättning. Detta förutsätter



att det fortfarande bedöms föreligga ett behov av daglig verksamhet i det enskilda fallet.

Beslutets omfattning och giltighetstid

Insatsen daglig verksamhet begränsas inte till omfattning. Det är upp till den enskilde att bestämma i vilken omfattning han eller hon önskar delta.

Deltagande är möjligt i samma omfattning som gäller inom arbetslivet.

Beslutet tidsbegränsas alltid utifrån att insatsen är förbehållen personer i yrkesverksam ålder.



9 Övrigt

9.1 Vårdnadshavare och föräldraansvar

Bestämmelser om vårdnadshavare och föräldraansvar finns i 6 kap.

Föräldrabalken (FB). Vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavaren ska i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål.

Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Ett barn står under vårdnad av båda föräldrarna eller en av dem, om inte rätten har anförtrott vårdnaden åt en eller två särskilt förordnade vårdnadshavare. Vårdnaden om ett barn består till dess att barnet fyller 18 år. Den som har vårdnaden om ett barn har ett ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov blir tillgodosedda. Barnets vårdnadshavare svarar även för att barnet får den tillsyn som behövs med hänsyn till barnets ålder, utveckling och övriga omständigheter samt ska bevaka att barnet får tillfredsställande försörjning och utbildning. Vid gemensam vårdnad har båda vårdnadshavarna ett rättsligt ansvar för barnet och ett gemensamt ansvar för att barnet får sina behov tillgodosedda.

Vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättning har, liksom andra vårdnadshavare, ansvar för barnets personliga förhållanden och ska se till att barnets behov blir tillgodosedda. Ett behov kan, helt eller delvis, tillgodoses genom en förälders ansvar enligt FB. Vid ansökan om insats enligt LSS behöver således hänsyn tas till vad som normalt anses falla inom ramen för föräldraansvaret (prop. 1992/93:159, s. 50, 65 och 172 ff.). Enligt praxis sträcker sig föräldraansvaret längre än att tillgodose behoven hos ett genomsnittligt utvecklat barn i samma ålder. Anledningen till det är att variationen av vad som kan anses vara normalt i olika åldrar är stor då jämnåriga barns förmågor skiljer sig åt mellan individer.

Barnets behov ska som utgångspunkt jämföras med de behov som föreligger för ett barn i samma ålder utan funktionsnedsättning. I normalt föräldraansvar ingår den normala vårdnaden och tillsynen som alla barn har behov av oavsett funktionsnedsättning. För små barn betyder det oftast att det faller inom



normalt föräldraansvar att svara för barnets behov av omvårdnad, tillsyn och trygghet. Det normala föräldraansvaret avtar i takt med barnets stigande ålder.

9.2 Skyddade personuppgifter

Omvårdnadsnämnden ansvarar för att det finns fungerande rutiner och arbetssätt för att hantera skyddade personuppgifter inom ansvarsområdet. Det finns tre grader av skyddsnivåer; sekretessmarkering, skyddad folkbokföring och fingerade personuppgifter.

En *sekretessmarkering* är den lägre graden av skyddade personuppgifter. Det är en administrativ åtgärd som gör det svårare för andra att ta del av den enskildes personuppgifter i folkbokföringsregistret. Sekretessmarkeringen fungerar som en varningssignal för myndigheter om att en prövning ska göras innan uppgifter om personen lämnas ut.

Skyddad folkbokföring ger ett starkare skydd än sekretessmarkering. Den enskilde är då folkbokförd i en kommun som personen inte bor i. Personens gamla adressuppgifter tas bort och den nya adressen registreras inte i folkbokföringen. Det är endast det skattekontor som har registrerat den skyddade folkbokföringen som har uppgifter om var personen är bosatt. Post till den enskilde skickas genom Skatteverkets förmedlingsuppdrag.

Fingerade personuppgifter är den högsta skyddsgraden och innebär att den enskilde får helt nya identitetsuppgifter, bland annat nytt namn och personuppgifter, som inte kan kopplas till den tidigare identiteten.

Om en person med funktionsnedsättning lever med skyddade personuppgifter och är i behov av insatser enligt SoL eller LSS behöver utredning, beslut och beställning anpassas utifrån den enskildes situation och skyddsbehov.

9.3 Anmälnings- och rapporteringsskyldighet

Anmäla behov av assistansersättning enligt SFB

Omvårdnadsnämnden är skyldig att, enligt 15 § LSS, anmäla till Försäkringskassan när någon som har ansökt om biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans enligt 9 § 2 kan antas ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. SFB.



Omvårdnadsnämnden är också skyldig att underrätta Försäkringskassan när någon som får assistansersättning enligt 51 kap. SFB beviljas boende med särskild service, daglig verksamhet eller någon annan insats som kan påverka behovet av personlig assistans.

Anmälan ska också göras om det finns anledning att anta att assistansersättning enligt 51 kap. SFB används för annat än köp av personlig assistans eller kostnader för personliga assistenter.

Särskilda blanketter för anmälan och underrättelse finns på Försäkringskassans hemsida.

Ifrågasättande om assistansutförares lämplighet

Omvårdnadsnämnden är skyldig att, enligt 15 § LSS, anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om det finns anledning att anta att en tillståndshavares lämplighet för att bedriva verksamhet med personlig assistans kan ifrågasättas.

Anmäla behov av ställföreträdare

När en person som omfattas av LSS kan antas behöva förmyndare, förvaltare eller god man ska detta enligt 15 § LSS anmälas till överförmyndaren. Anmälan ska också göras när ett förmynderskap, förvaltarskap eller godmanskap bör kunna upphöra.

God man eller förvaltare kan behövas om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller funktionsnedsättning behöver hjälp med ekonomiska och/eller rättsliga frågor.

På begäran av överförmyndaren kan omvårdnadsnämnden, enligt 11 kap. 16 och 17 §§ FB behöva lämna ett skriftligt yttrande, så kallad social utredning. Den sociala utredningen ska innehålla uppgifter av betydelse för bedömningen av behov av god man eller förvaltare.

Rapportera ej verkställda beslut

Alla gynnande beslut som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet ska enligt 28 f § LSS rapporteras till IVO. I rapporten ska tidpunkt för beslutet, vilken typ av insats som beslutet gäller och en kortfattad



sammanfattning av skälen för dröjsmålet framgå. Även beslut som inte har verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts ska rapporteras. När ett rapporterat beslut har verkställts ska datum för verkställigheten meddelas IVO.

Ej verkställda beslut redovisas en gång per kvartal till förvaltningschef och till omvårdnadsnämnden.

Anmälan om misstanke om att barn far illa

Vid kännedom om, eller misstanke om, att ett barn far illa föreligger en anmälningsskyldighet enligt 14 kap. 1 § SoL. Den som i sin verksamhet misstänker att ett barn far illa är skyldig att genast anmäla detta till Socialförvaltningens barn- och ungdomsenhet. En tjänsteman har inte rätt att vara anonym i sin anmälan.

Anmälan om missförhållanden (Lex Sarah)

Var och en som fullgör uppgifter enligt LSS ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande, ska dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål.

Den som uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande ska genast anmäla detta till omvårdnadsnämnden. Ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska snarast anmälas till IVO.

Rutiner för handläggning av rapporter och anmälan till tillsynsmyndigheten med utgångspunkt från stadens riktlinjer för Lex Sarah finns under information till utförare på www.solna.se

9.4 Samverkan med andra myndigheter

Invånare som kommer i kontakt med omvårdnadsnämnden har ibland sammansatta problem, som kräver insatser från flera myndigheter. Att omvårdnadsnämnden samverkar med andra myndigheter och andra enheter inom socialtjänsten är i många fall en förutsättning för att den enskilde ska kunna få den hjälp och det stöd som är nödvändigt. För all informationsöverföring mellan olika myndigheter krävs som huvudregel att den enskilde har



lämnat sitt samtycke. Det finns dock situationer där överlämnandet får ske utan samtycke, såsom vid nöd eller när det finns särskilt lagstöd för detta.

9.5 Samordnad individuell plan (SIP)

Av 2 kap. 7 § SoL och 3 f § HSL framgår att det åligger kommunen och regionen att i vissa fall upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Det gäller i situationer när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården om någon av huvudmännen bedömer att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Upprättandet av en SIP kräver den enskildes samtycke. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

När det är möjligt ska planen upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ansvarar för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.



10 Stöd- och styrdokument

10.1 Lagar och förordningar

Arkivlag (1990:782)

Dataskyddsförordningen (2018), GDPR

Diskrimineringslag (2008:567)

Folkbokföringslag (1991:481)

Förvaltningslag (2017:900), FL

Förvaltningsprocesslag (1971:291), FPL

Föräldrabalk (1949:381), FB

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL

Kommunallag (2017:725), KL

Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU

Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, SoLPuL

Lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag

Lag (1997:736) om färdtjänst

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT

Lag (1997:735) om riksfärdtjänst

Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV

Lag (2017:617) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

Lag (2008:962) om valfrihetssystem LOV



Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL

Socialförsäkringsbalk (2010:110), SFB

Socialtjänstlag (2001:453), SoL

Tryckfrihetsförordningen (1949:105), TF

Utlänningslag (2015:716)

Yttrandefrihetsgrundlag (1991:1469), YGL

Äktenskapsbalk, ÄB (1987:230)

10.2 Föreskrifter och handböcker

Socialstyrelsens handbok ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten”

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2014:5)

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS (SOSFS 2002:9)



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-02-25
ON/2021:64

Remissvar JO, dnr. 6657-2021

Förslag till beslut

Omvårdnadsförvaltningen föreslår omvårdnadsnämnden att anta förvaltningens förslag på remissvar till JO med diarienummer 6657-2021.

Sammanfattning

En JO-anmälan gjordes på omvårdnadsförvaltningen den 7 maj 2021 med anledning av en tidigare begäran om allmänna handlingar.

En remiss med begäran från JO om yttrande inkom 2021-11-16. Remissvar skickades till JO 2022-01-17. Därefter har en återremiss skickats från JO med ytterligare begäran om yttrande och detta inkom 2022-02-10.

Förslag till remissvar

Den 25 mars 2021 inkom en begäran om att få ta del av handlingar i form av skickade e-postmeddelanden och e-postlogg under 2021 för avdelningschef för avdelningen för myndighetsutövning LSS. Av de skickade e-postmeddelanden som omfattades av begäran bedömdes 49 e-postmeddelanden utgöra allmänna handlingar. Övriga skickade e-postmeddelanden bedömdes inte utgöra allmänna handlingar eftersom dessa avsåg interna meddelanden skickade inom förvaltningen utan ärendeanknytning. Handlingarna bedömdes därför inte som upprättade hos myndigheten enligt TF 2 kap. 4 § och 10 §. När begäran inkom uppmärksammade tjänstemannen att de skickade e-postmeddelanden som inte utgjorde allmänna handlingar borde ha gallrats i enlighet med gällande dokumenthanteringsplan. Gallringen gjordes under perioden 19 april – 5 maj 2021.

När en begäran om utlämnande av skickade e-postmeddelanden inkommer görs prövningen av den tjänsteman vars e-post begärs ut. Anledningen till detta är att tjänstemannen är bäst lämpad att bedöma om efterfrågade handlingar utgör allmänna handlingar samt om de omfattas av sekretess eller ej. Vid domstolsprövningar har det inte bedömts föreligga något hinder för den tjänsteman vars e-post begärs ut att pröva utlämnandet, förutsatt att det inte föreligger jäv (se bl.a. Kammarrätten i Stockholm 2016-02-12, mål nr 9176-15). Aktuell tjänsteman har inte varit förhindrad att göra myndighetens prövning av utlämnandet på grund av jävsbestämmelserna i 16 § förvaltningslagen (2017:900).

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Beslutet expedieras till:
Riksdagens ombudsmän - JO



Omvårdnadsförvaltningen

Ordförandebeslut

2022-01-17
ON/2021:64

Remissvar JO, dnr 6657-2021

Den 25 mars 2021 inkom en begäran om att få ta del av handlingar i form av skickade e-postmeddelanden och e-postlogg under 2021 för avdelningschef Won Lovén-Bergman. Av de skickade e-postmeddelanden som omfattades av begäran bedömdes 49 e-postmeddelanden utgöra allmänna handlingar. Övriga skickade e-postmeddelanden bedömdes inte utgöra allmänna handlingar eftersom dessa avsåg interna meddelanden skickade inom förvaltningen utan ärendeanknytning. Handlingarna bedömdes därför inte som upprättade hos myndigheten enligt TF 2 kap. 4 § och 10 §. När begäran inkom uppmärksammade tjänstemannen att de skickade e-postmeddelanden som inte utgjorde allmänna handlingar borde ha gallrats i enlighet med gällande dokumenthanteringsplan. Gallringen gjordes under perioden 19 april – 5 maj 2021.

När en begäran om utlämnande av skickade e-postmeddelanden inkommer görs prövningen av den tjänsteman vars e-post begärs ut. Anledningen till detta är att tjänstemannen är bäst lämpad att bedöma om efterfrågade handlingar utgör allmänna handlingar samt om de omfattas av sekretess eller ej. Vid domstolsprövningar har det inte bedömts föreligga något hinder för den tjänsteman vars e-post begärs ut att pröva utlämnandet, förutsatt att det inte föreligger jäv (se bl.a. Kammarrätten i Stockholm 2016-02-12, mål nr 9176-15). Aktuell tjänsteman har inte varit förhindrad att göra myndighetens prövning av utlämnandet på grund av jävsbestämmelserna i 16 § förvaltningslagen (2017:900).

Samuel Klippfalk
Omvårdnadsnämndens ordförande
Solna stad

Beslutet expedieras till:
Riksdagens ombudsmän - JO

REMISS

Datum
2021-11-15Dnr
6657-2021Sid
1 (1)

SOLNA Omvårdnadsförvaltningen	
2021-11-16	
Dnr	Löpnr

Omvårdnadsnämnden i Solna kommun
171 86 Solna**Begäran om yttrande**

Omvårdnadsnämnden i Solna kommun anmodas att yttra sig över vad som framförs i Gustav Lidegrans anmälan till JO. Yttrandet ska särskilt beröra huruvida handlingar har gallrats under pågående prövning i domstol av handlingarnas utlämnande samt lämpligheten av att myndighetens prövning av utlämnandet gjordes av den tjänsteman vars e-post hade begärts ut. Se bifogade handlingar.


Information om hur man svarar på remissen återfinns i det bilagda dokumentet "Att besvara en remiss".

Senaste datum för svar är den 17 januari 2022.

Remissvaret och eventuella bilagor önskas i två exemplar. Dessutom bör myndighetens yttrande och eventuella underyttranden, om det anses lämpligt, skickas via e-post i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) till JOkansli3@jo.se.



Anna Flodin
byråchef



Eva Farley
föredragande

Information om personuppgiftsbehandlingen hos JO finns på JO:s webbplats under <http://www.jo.se/sv/Om-JO/Behandling-av-personuppgifter/>

Från: Gustav Lidegran
Skickat: den 26 augusti 2021 22:16
Till: Justitieombudsmannen
Ämne: JO-anmälan från Gustav Lidegran via webbplatsen
Bifogade filer: Stockholm KR 4098-21 Slutligt beslut 2021-07-20.pdf;
skannat_elisun002_2021-08-03-14-20-08.pdf

Namn: Lidegran, Gustav

Adress:

C/O:

Gatuadress: Paradgatan 37

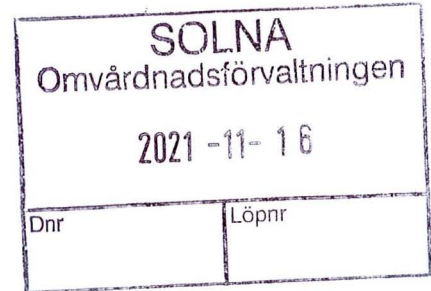
Postnr: 17067

Postort: Solna

Telefon: 0707780817

Mobiltelefon:

Epost: gustav@lidegran.se



Anmälan mot

Omvårdnadsnämnden Solna Stad
Avdelningschef Won Lovén-Bergman

Ev. dokumentref

ON DEL §/2021 §6

Beskrivning

Jag begärde att få ta del av allmänna handlingar hos Solna stad, nedan staden, i allt väsentligt, i enlighet med vad som framgår av bifogat beslut från Kammarrätten i Stockholm mål 4098-21 meddelat den 20 juli 2021.

Staden beslutade, avdelningschef Won Lovén-Bergman, i enlighet med vad som redovisas i bilaga A till kammarrättens beslut. Till beslutet fogades en förteckning med olika färger som inte närmare förklarades och som kammarrätten inte har inkluderat i beslutet. Beslutet betecknas som ett delvis utlämnande men jag vet egentligen inte ens vad staden har beslutat.

Kammarrätten har upphävt beslutet i dess helhet och återförvisat ärendet i till staden eftersom det inte var möjligt att förstå vad staden egentligen hade beslutat (noteringen att handlingar både skulle vara gallrade och sekretessbelagda) och att det sammantaget inte kan utläsas vad som skulle vara de faktiska skälen till att handlingar inte lämnas ut.

Staden, åter avdelningschef Won Lovén-Bergman, avslog den 2 augusti 2021 begäran i dess helhet eftersom handlingarna inte längre förvaras av Staden (min kursivering).

Anmälarens syn på händelsen

Till främjande av ett fritt meningsutbyte, en fri och allsidig upplysning och ett fritt konstnärligt skapande ska var och en ha rätt att ta del av allmänna handlingar (Tryckfrihetsförordningen 2 kap 1 §). De syften som bär upp rätten att ta del av allmänna handlingar kan sägas utgöra en grundbult i det demokratiska styrelseskicket. Som

kammarrätten har konstaterat ankommer det i frågor om allmänna handlingars offentlighet på prövande myndighet att noggrant pröva vilka uppgifter i begärda handlingar som kan lämnas ut. Won Lovén-Bergman har alltså fullgjort en myndighetsutövande uppgift som kräver särskild noggrannhet och omsorg.

Av förvaltningslagen 32 § följer att en myndighet är skyldig att motivera beslut. Som kammarrätten har funnit kan de faktiska skälen för att handlingar inte lämnas ut inte utläsas av beslutet. Det är svårt att läsa kammarrättens beslut på något annat sätt än att den finner stadens beslut rätt och slätt obegripligt. Någon motivering i förvaltningslagens mening har över huvud taget inte lämnas och det går inte ens att förstå vad staden har beslutat.

Av beslutet den 11 maj 2021 framgår att det förekommer sekretessbelagda uppgifter i materialet. I beslutet den 2 augusti 2021 noteras att begärda handlingar inte längre förvaras av staden eftersom de har gallrats. Även med den otydligheter som följer av stadens språkligt märkliga beslut är det svårt att förstå detta på något annat sätt än att Won Lovén-Bergman passade på att gallra handlingar under pågående prövning för handlingarnas utlämnande. När kammarrätten instruerade staden att göra om hela prövningen fanns handlingarna därför inte bevarade. Som kammarrätten har konstaterat kan de faktiska skälen till att inte lämna ut handlingar inte utläsas. Av ärendets utveckling därefter torde en inte alltför vågad slutsats vara att det faktiska skälet till att handlingarna inte lämnades ut var att Won Lovén-Bergman inte hade lust att lämna ut handlingarna. Efter att dessa nu har gallrats förefaller det svårt att säkert få reda på varför hon hanterade handlingarna på det här sättet.

Inte heller beslutet den 2 augusti 2021 är särskilt upplysande om hur varje enskild handling som omfattas av begäran har bedömts. Det framstår som helt meningslöst att överklaga beslutet eftersom några ytterligare handlingar inte längre förvaras av staden men även detta beslut borde ha utformats tydligare. Eftersom det föregående beslutet är helt upphävt hade beslutet behövt utformas som stående på egna ben och inte på ett otydligt sätt hänvisa tillbaka till det föregående beslutet.

Det framstår också som svårt att förklara varför ett beslut om delvis beviljande efter överklagande och beslut om återförvisning ger ett fullständigt avslag. I teorin ser staden ut att ha gjort en väsentligt mer restriktiv bedömning på grund av ett överklagande. En troligare förklaring är att stadens beslut den 11 maj 2021 är så oklart staden inte själva förstår vad den har beslutat. Detta ligger också i linje med att Won Lovén-Bergman varken har lyckats få dagens datum eller sin egen titel rätt på första försöket (notera rättelsen antecknad för hand på beslutet).

Sammantaget utgör bristerna såväl i hanteringen av beslutet den 11 maj 2021 som den gallring som synes ha förekommit att syftet med Tryckfrihetsförordningens andra kapitel omintetgörs. I det aktuella fallet rör det sig om en relativt stor myndighet med tillgång till egna jurister. Bristerna kan svårigen förklaras som ett enkelt förbiseende. Det är svårt att avgöra om orsaken är lagtrots, nonchalans inför arbetsuppgiften eller om syftet faktiskt var att undanröja ofördelaktiga handlingar. Det kan ifrågasättas om det är lämpligt att myndighetens ställningstagande till att lämna ut e-post verkligen ska göras av den tjänsteman som har skickat e-postmeddelanden i fråga. Alldeles särskilt gäller detta när den tjänstemannen vid ett tillfälle misslyckats med att upprätta ett sådant beslut. I vilket fall som helst är stadens hantering samlat allt annat än tillfredställande avseende en uppgift som kräver särskild noggrannhet och de sekretessbelagda handlingarna kommer nu aldrig att kunna lämnas ut. Won Lovén-Bergman har i flera avseenden åsidosatt vad

som gäller för uppgiften trots att uppgiften utgör myndighetsutövning som kräver särskild noggrannhet.

Övrig information

Solna Stad gjorde nyligen en anmälan till IMY avseende Won Lovén-Bergmans felaktiga hantering av personuppgifter den 30 juni 2021. Felaktigheterna påtalade i detta ärende är alltså inga engångshändelser eller tillfälligheter. Eftersom Won Lovén-Bergman är avdelningschef förefaller hon inte ha någon operativ chef som tar tag i bristerna utan fortsätter att göra märkliga saker.



Omvårdnadsförvaltningen

Delegationsbeslut

2021-08-02
ON/2021:64

Utlämnande av allmänna handlingar

Beslut

Begäran avslås.

Bakgrund

Omvårdnadsförvaltningen tog den 25 mars 2021 emot en begäran om utlämnande av allmänna handlingar av Gustav Lidegran.

Begäran omfattade samtliga skickade e-postmeddelanden för Won Lovén-Bergman under 2021 och aktuell e-postlogg för Won Lovén-Bergman.

Den aktuella e-postloggen har lämnats ut och Gustav Lidegran har givits möjlighet att ta del av 49 skickade e-postmeddelanden.

Gustav Lidegran begärde prövning av myndigheten avseende hela begäran och överklagade därefter myndighetens beslut till Kammarrätten i Stockholm.

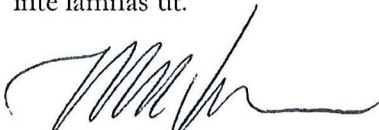
Kammarrätten har återförvisat ärendet till myndigheten för ny prövning.

Bedömning

Den begärda e-postloggen och 49 skickade e-postmeddelanden har bedömts vara offentliga handlingar som lämnas ut.

Enligt 2 kap. 4 § tryckfrihetsförordningen är en förutsättning för att en handling ska vara allmän att den förvaras hos en myndighet.

De övriga handlingar som omfattas av begäran är gallrade. Handlingarna förvaras därmed inte längre hos myndigheten och är således inte allmänna handlingar. Handlingarna kan därför inte lämnas ut.



Won Lovén-Bergman
Avdelningschef

Beslutet expedieras till:
Gustav Lidegran



Överklagande

Om du vill överklaga detta beslut ska du skriva till Kammarrätten i Stockholm. Din skrivelse ska du skicka till:

Omvårdnadsförvaltningen
Solna stad
171 86 Solna

Om omvårdnadsförvaltningen inte själva ändrar beslutet på det sättet du begär sänds ditt överklagande vidare till Kammarrätten för prövning.

I din skrivelse ska du ange diarienumret på det beslut du överklagar. Beskriv också varför du anser att beslutet ska ändras och på vilket sätt du vill att beslutet ska ändras. Din skrivelse måste ha kommit omvårdnadsförvaltningen tillhanda inom tre veckor från den dag då du fick ta del av beslutet. Om din skrivelse kommer in senare kan inte ditt överklagande tas upp till prövning.



BESLUT

2021-07-20

Meddelat i Stockholm

KLAGANDE

Gustav Lidegran

ÖVERKLAGAT AVGÖRANDE

Omvårdnadsnämnden i Solna stads beslut den 7 maj 2021 i ärende med dnr ON DEL §/2021 §6, se bilaga A

SAKEN

Rätt att ta del av allmän handling

KAMMARRÄTTENS AVGÖRANDE

Kammarrätten upphäver det överklagade beslutet och visar målet åter till Omvårdnadsnämnden i Solna stad för ny prövning.

Dok.Id 537859

Postadress
Box 2302
103 17 Stockholm

Besöksadress
Birger Jarls Torg 5

Telefon
08-561 690 00

E-post: kammarrattenistockholm@dom.se
www.domstol.se/kammarratten-i-stockholm/

Telefax

Expeditionstid
måndag – fredag
08:00–16:00

YRKANDEN M.M.

Gustav Lidegran yrkar att omvårdnadsnämndens beslut ska upphävas och att fler uppgifter ska lämnas ut alternativt att ärendet återförvisas för erforderlig handläggning och anger bl.a. följande. Beslutet är så ofullständigt motiverat att det inte framgår vad som lagts till grund för beslutet och det går därför inte att förstå. Bristerna är så genomgripande att beslutet måste göras om i dess helhet. Det kan förutsättas att en inte obetydlig del av e-postmeddelandena hänför sig till avslutade ärenden samt olika former av protokoll som har färdigställt, men att någon egentlig prövning inte alls har gjorts.

SKÄLEN FÖR KAMMARRÄTTENS AVGÖRANDE

Av 2 kap. 15 § tryckfrihetsförordningen framgår att allmänna handlingar som begärs ut ska göras tillgängliga i de delar som inte omfattas av sekretess. En begäran om att få ta del av allmänna handlingar ska därför leda till att den beslutande myndigheten noggrant prövar vilka uppgifter i handlingarna som kan lämnas ut.

I det överklagade beslutet hänvisas till att vissa handlingar är sekretessbelagda. Det anges dock varken vilka handlingar det skulle röra sig om eller med stöd av vilken bestämmelse den bedömningen görs. Att sekretess råder för vissa uppgifter överensstämmer dessutom inte med uppgiften i beslutet att de e-postmeddelanden som inte har lämnats ut inte finns bevarade. Det går sammantaget inte att utläsa de faktiska skälen för att handlingar inte lämnats ut. Redan på den grunden ska beslutet upphävas och målet visas åter för ny prövning.

HUR MAN ÖVERKLAGAR, se bilaga B (formulär 2).

Peder Liljeqvist
lagman
ordförande

Maria Ringvall
kammarrättsråd
referent

Eva Gullfeldt
kammarrättsråd



Omvårdnadsförvaltningen

Delegationsbeslut

2021-05-03
KAMMARRÄTTEN
1 STOCKHOLM
Rotel 044

INKOM: 2021-06-03
MÅLNR: 4098-21
AKTBIL: 3

Beslut om delvis utlämnande av allmänna handlingar

Beslut

I enlighet med omvårdnadsnämndens delegationsordning beslutar Won Lovén-Bergman att delvis bevilja utlämnande av begärda handlingar då resterande handlingar är sekretessbelagda, anses inte vara allmänna handlingar eller har gallrats.

Sammanfattning

Omvårdnadsförvaltningen tog den 25 mars 2021 emot en begäran om utlämnande av allmänna handlingar. Tjänstemannabesked gavs den 26 april 2021 och vissa handlingar har erbjudits att ta del.

Begäran omfattar följande under perioden 2021-01-01 till 2021-03-25:

- samtliga skickade e-postmeddelanden för Won Lovén-Bergman
- aktuell e-postlogg för skickade e-postmeddelanden för Won Lovén-Bergman

Omvårdnadsförvaltningen prövar utlämnande av Won Lovén-Bergmans skickade e-postmeddelanden.

Omvårdnadsförvaltningen lämnade den 22 april 2021 ett meddelande om att 49 mejl är att anse som allmänna handlingar enligt TF 2 kap. 4 §, se bifogad bilaga.

Resterande handlingar finns inte bevarade hos myndigheten och är inte att betrakta som allmänna handlingar enligt TF 2 kap § 4

Won Lovén-Bergman
Sektionschef

Beslutet expedieras till:
Gustaf Lidegran

* Rättelse enligt
36 § Förvaltningslagen
(2017:900). Datum
för beslutet ska
rätteligen vara den
7 maj 2021,
2021-05-11

Avdelningschef för LSS



Överklagande

Om du vill överklaga detta beslut ska du skriva till Kammarrätten i Stockholm. Din skrivelse ska du skicka till:

Omvårdnadsförvaltningen
Solna stad
171 86 Solna

Om omvårdnadsförvaltningen inte själva ändrar beslutet på det sättet du begär sänds ditt överklagande vidare till Kammarrätten för prövning.

I din skrivelse ska du ange diarienumret på det beslut du överklagar. Beskriv också varför du anser att beslutet ska ändras och på vilket sätt du vill att beslutet ska ändras. Din skrivelse måste ha kommit omvårdnadsförvaltningen tillhanda inom tre veckor från den dag då du fick ta del av beslutet. Om din skrivelse kommer in senare kan inte ditt överklagande tas upp till prövning.

HUR MAN ÖVERKLAGAR

Den som vill överklaga kammarrättens avgörande ska skriva till Högsta förvaltningsdomstolen. Skrivelsen ställs alltså till Högsta förvaltningsdomstolen *men ska skickas eller lämnas till kammarrätten.*

Överklagandet ska ha kommit in till kammarrätten *inom tre veckor* från den dag då klaganden fick del av beslutet. Om beslutet har meddelats vid en muntlig förhandling, eller det vid en sådan förhandling har angetts när beslutet kommer att meddelas, ska dock överklagandet ha kommit in inom tre veckor från den dag domstolens beslut meddelades.

Om sista dagen för överklagande infaller på en lördag, söndag eller helgdag, midsommar-, jul-, eller nyårsafton, räcker det att skrivelsen kommer in nästa vardag.

För att ett överklagande ska kunna tas upp i Högsta förvaltningsdomstolen krävs att *prövningstillstånd* meddelas. Högsta förvaltningsdomstolen lämnar prövningstillstånd om det är av vikt för ledning av rättstillämpningen att överklagandet prövas eller om det finns synnerliga skäl till sådan prövning, såsom att det finns grund för resning eller att målets utgång i kammarrätten uppenbarligen beror på grovt förbiseende eller grovt misstag.

Om prövningstillstånd inte meddelas står kammarrättens beslut fast. Det är därför viktigt att det klart och tydligt framgår av överklagandet till Högsta förvaltningsdomstolen varför man anser att prövningstillstånd bör meddelas.

Skrivelsen med överklagande ska innehålla följande uppgifter;

1. den klagandes namn, person-/organisationsnummer, postadress, e-postadress och telefonnummer till bostaden och mobiltelefon. Dessutom ska adress och telefonnummer till arbetsplatsen och eventuell annan plats där klaganden kan nå för delgivning lämnas om dessa uppgifter inte tidigare uppgetts i målet. Om klaganden anlitar ombud, ska ombudets namn, postadress, e-postadress, telefonnummer till arbetsplatsen och mobiltelefonnummer anges. Om någon person- eller adressuppgift ändras är det viktigt att anmälan snarast görs till Högsta förvaltningsdomstolen
2. det beslut som överklagas med uppgift om kammarrättens namn, målnummer samt dagen för beslutet
3. de skäl som klaganden vill åberopa för sin begäran om att få prövningstillstånd
4. den ändring av kammarrättens beslut som klaganden vill få till stånd och skälen för detta
5. de bevis som klaganden vill åberopa och vad han/hon vill styrka med varje särskilt bevis.

SOLNA Omvårdnadsförvaltningen 2021-11-18	
Dnr	Löpnr

Att besvara en remiss

Det ankommer på myndigheten att utreda vad som har hänt i den remitterade frågan/frågorna och i remissvaret redogöra för detta. I detta ingår att berörda befattningshavare bör ges tillfälle att lämna synpunkter och det ska framgå av remissvaret om så skett. Myndigheten ska även redogöra för relevant lagstiftning och utifrån denna ange sin bedömning av handläggningen. Däremot behöver myndigheten inte uttala sig i sak (dvs. om myndighetens beslut är korrekt eller inte), om inte JO uttryckligen har angett det.

Uppgifter som är integritetskänsliga eller för vilka sekretess gäller bör inte redovisas i större utsträckning än vad som är nödvändigt för att besvara remissen. Om det finns dokumentation hos myndigheten som bedöms vara relevant för JO att ta del av men som inte bedöms lämplig att ta in i yttrandet, kan där upplysas om att ytterligare information finns och kan rekvireras vid behov. För information om de sekretessbestämmelser som gäller för JO, se <http://www.jo.se/Om-JO/Regler-for-JO/Offentlighets--och-sekretesslagen-OSL/>.

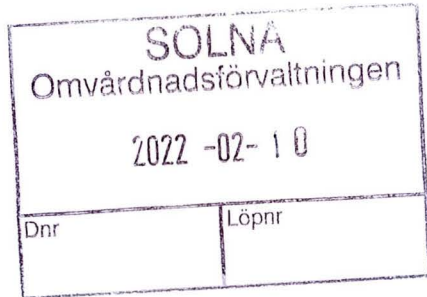
Finns kännedom om att det anmälda förhållandet även har anmälts till annan tillsynsmyndighet, personalansvarsnämnd och/eller polis/åklagare bör detta anges.

För kommunala och regionala nämnder gäller även att nämnden till remissvaret ska bifoga ett protokollsutdrag från det sammanträde vid vilket nämnden fattade beslut om yttrande till JO. För det fall nämnden har delegerat rätten att besluta om yttrande till JO ska delegationsordningen fogas till remissvaret.

Om myndigheten gör bedömningen att den svarstid som anges inte kan hållas är det viktigt att myndigheten snarast hör av sig till JO.

Information om personuppgiftsbehandlingen hos JO finns på JO:s webbplats under <http://www.jo.se/sv/Om-JO/Behandling-av-personuppgifter/>.

ÅTERREMISS

Datum
2022 -02- 09Dnr
6657-2021Sid
1 (1)Omvårdnadsnämnden i Solna kommun
171 86 Solna

Begäran om yttrande

Den 15 november 2021 anmodade JO omvårdnadsnämnden i Solna kommun att yttra sig över vad som framfördes i Gustav Lidegrans anmälan till JO.

Den 17 januari 2022 lämnades ett beslut om remissyttrande in till JO av vilket det framgick att omvårdnadsnämndens ordförande fattat beslutet om att lämna in yttrandet till JO.

Beslutet att avge yttrande till JO synes inte vara av sådan brådskande natur att det av den anledningen fanns skäl för omvårdnadsnämndens ordförande att fatta beslutet (6 kap. 39 § kommunallagen [2017:725]). Därför anmodas nu omvårdnadsnämnden återigen att ge in ett yttrande. Till yttrandet ska fogas ett protokollsutdrag från det sammanträde vid vilket nämnden fattade sitt beslut om yttrande till JO.

Senaste datum för detta är **den 11 mars 2022**.

Remissvaret och eventuella bilagor önskas i två exemplar. Dessutom bör myndighetens yttrande och eventuella underyttranden, om det anses lämpligt, skickas via e-post i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) till JOkansli3@jo.se.

Ärendet handläggs av föredraganden Eva Farley



Anna Flodin
byråchef

Information om personuppgiftsbehandlingen hos JO finns på JO:s webbplats under <http://www.jo.se/sv/Om-JO/Behandling-av-personuppgifter/>



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-02-23
ON/2022:11

Omvårdnadsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2021

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner patientsäkerhetsberättelsen för 2021.

Sammanfattning

Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att beskriva patientsäkerhetsarbetet och ge Vårdgivaren och huvudmannen bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete. Detta genom att verksamheterna får redovisa resultat och åtgärder som genomförts under året för att minska riskerna i vården. Patientsäkerhetsberättelsen kan också underlätta för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att utföra sin tillsyn av verksamheten samt att ge andra intressenter tillgång till information, exempelvis allmänheten, patienter, andra vårdgivare och patientorganisationer.

I patientsäkerhetsberättelsen redovisas och analyseras Solnas och verksamheternas resultat för 2021. Även under det gångna året har pandemin och arbetet med detta varit i fokus. Planerade åtgärder och förbättringsområden som fanns för 2021 har inte kunnat genomföras i den utsträckning som planerats. Trots detta kan förbättringar ses gällande kvalitetsindikator i Svenska palliativregistret. Målet att öka andelen dokumenterade smärtskattningar sista levnadsveckan har uppnåtts men fortsatta förbättringar behövs. Under 2021 har systematiken och registreringarna gällande riskbedömningar i Senior alert fortskridit i de flesta verksamheter trots pandemin. Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS har under 2021 arbetat med att få till stånd en regelbunden läkarsamverkan med berörda vårdcentraler men pandemi och låg sjuksköterskebemanning har varit försvärande faktorer. Utbildningsinsatser och uppföljningar vad gäller basala hygienrutiner i form av egenkontroller och självskattningar inom området har skett regelbundet i verksamheterna.

Mål för 2022: Fortsätta utveckla den palliativa vården, följa riskbedömningar i Senior Alert och BPSD-registreringar. Stärka samverkan med vårdcentralerna för hälso- och sjukvårdsteamet LSS. Verksamheternas utbildning gällande patientsäkra förflyttningar följs upp. Fortsatt utveckling av Metodikum. Utbildningsbehov gällande nutrition ses över. Samverkansdokument med läkarorganisationen justeras.

Handlingar

Omvårdnadsnämndens patientsäkerhetsberättelse 2021

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Maria Niles Sundby
Medicinskt ansvarig för rehabilitering

Patientsäkerhetsberättelse 2021

OMVÅRDNADSNÄMNDEN



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Övergripande mål och strategier	3
Ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Samverkan	4
Klagomål och synpunkter.....	5
Egenkontroll	5
Vård- och omsorgsboende resultat och analys	6
Hälso- och sjukvårdsteam LSS resultat och analys	21
Riskanalys	26
Utbildning.....	26
Mål och strategier för kommande år	27

Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en patientsäkerhetsberättelse. Berättelsen ska skrivas senast den 1 mars varje år och hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Det finns flera syften med patientsäkerhetsberättelsen:

- Vårdgivaren får bättre kontroll över verksamhetens patientsäkerhetsarbete
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kan lättare utföra sin tillsyn av verksamheten
- Det blir enklare att ge andra intressenter tillgång till information, exempelvis allmänheten, patienter, andra vårdgivare och patientorganisationer

Patientsäkerhetsberättelsen ska beskriva patientsäkerhetsarbete under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som uppnåtts.

Pandemin

Även under 2021 har patientsäkerhetsarbetet i verksamheterna och på förvaltningen till stor del fortsatt att handlat om pandemin, arbetet med vaccinering och åtgärder kopplade till att minska risk för smittspridning.

Det har under det gångna året varit ett ansträngt läge för verksamheterna och fokus har varit på att hantera pandemin. Planerade åtgärder och förbättringsområden som fanns för 2021 både på verksamhetsnivå och förvaltningsnivå har till viss del fått stå tillbaka under året.

Arbetet i verksamheterna har anpassats utifrån pandemin. Arbetssätt och riktlinjer har förändrats även under 2021 utifrån smittläge och ett fortsatt förbättrat kunskapsläge.

Tillgången till skyddsutrustning har varit stabil under året och verksamheterna och staden har lager att tillgå. Behov att använda stadens beredskapslager har inte funnits under det gångna året.

MAS har haft kontinuerliga avstämningsmöten kopplat till covid med verksamhetscheferna inom vård- och omsorg för att stämma av smittläge, informera om uppdaterade riktlinjer, hantering av vaccinationer samt svara på frågor. Förvaltningen har fortsatt arbeta med kortfattade informationsbroschyrer som uppdaterats under året utifrån Smittskydd Stockholms rekommendationer bland annat gällande skyddsutrustning.

Förvaltningens MAS har även stöttat verksamheter och chefer i individärenden och andra uppkomna situationer som verksamheterna behövt hantera under pandemin och vid pågående smittspridning.

Inför sommaren 2020 startades en covid-enheten på Skoga som på kort varsel kunde ta emot patienter med pågående covidinfektion som skrivits ut från sjukhus och som inte kunde skrivas ut till hemmet. Verksamheten har fortsatt visat på stor flexibilitet i detta arbete och mött upp behoven som uppstått. Skoga har under 2021 haft covidplatser och behovet har fluktuerat under året.

Under pandemins gång har verksamheterna blivit trygga kring omhändertagandet av misstänkt eller konstaterade fall och det finns rutiner i verksamheterna. Riktlinjer och rekommendationer från Smittskydd Stockholm har även under 2021 ändrats bland annat gällande skyddsutrustning. Täta justeringar av rekommendationer och rutiner är en utmaning för verksamheterna att hantera.

Förvaltningen har haft en fortsatt tät samverkan med primärvården i Solna bland annat för samarbete gällande vaccinationer av äldre med hemtjänst och omsorgstagare på grupp och servicebostäder.

Under hösten har förvaltningen anställt en medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR för att stärka upp kompetensen inom området och utvecklingen gällande det kommunala rehabiliteringsansvaret.

Övergripande mål och strategier

Övergripande mål och strategier

Omvårdnadsnämndens mål för 2021 var att Solnabor som bor på vård- och omsorgsboende ska känna sig trygga, nöjda och få ett gott bemötande. Solnabor med funktionsnedsättning ska kunna leva och bo självständigt

under trygga förhållande och ha en aktiv och meningsfull tillvaro.

I avtal som tecknas med Solna stad beskrivs vårdgivarens ansvar för patientsäkerhet, vikten av samverkan med andra vårdgivare och övriga krav som staden ställer för att övergripande mål ska uppnås.

Förvaltningen följer regelbundet upp avtal och överenskommelser som tecknas, använder mått från kvalitetsregister och följer verksamheternas resultat och arbete med att förebygga vårdskador.

Ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Omvårdnadsnämndens ansvar

Omvårdnadsnämnden ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt följa upp och utvärdera målen.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdsförordningen 4 kap säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS)/ Medicinskt ansvarig för rehabiliterings (MAR) ansvar

MAS/MAR ska tillsammans med verksamhetschefen upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS/MAR utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet. I MAS/MAR ansvar ingår bland annat att se till att författningar, bestämmelser och andra regler är kända, efterlevs och att det finns direktiv och instruktioner för verksamheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar

Hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och utföra sitt arbete så att det stämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet och ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård.

Samverkan

En viktig del i patientsäkerhetsarbetet är hur samverkan sker med andra vårdgivare. Formerna för samverkan regleras i överenskommelser.

- Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg av äldre
- Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Överenskommelse med Region Stockholm för uppsökande tandvård
- Överenskommelse om samverkan när enskilda/patienter behöver praktisk hjälp med egenvård
- Överenskommelse om rehabilitering, habilitering och hjälpmedel
- Överenskommelse med ansvariga läkarorganisationer
- Överenskommelse om samverkan mellan Solna stads MAS/MAR och entreprenörernas MAS/MAR

Under 2021 har som tidigare år samverkansmöte med Danderyds sjukhus och Danderyds geriatrik genomförts för att säkra in- och utskrivning, diskutera gemensamma beröringspunkter och avvikelser. Under 2021 har samverkan fortsatt till stor del kommit att handla om covid-19 och gemensamma frågor kopplat till pandemin.

För att underlätta informationsöverföring när en patient skickas från ett särskilt boende till sjukhus ska

dokument som ska medföras till sjukhus från vård- och omsorgsboende, såsom vårdmeddelande samt läkemedelslista skickas i en röd mapp märkt med namn och kontaktuppgifter till det aktuella vård- och omsorgsboendet. Detta för att säkerställa att dokument når sjukhuset och underlätta för personal på sjukhus att kontakta ansvarig sjuksköterska på boendet vid behov. Norrortskommunerna i samverkan med Danderyds sjukhus har tidigare beslutat om ett enhetligt utseende av mapp och vårdmeddelande. Under 2021 har Danderyds sjukhus fortsatt att kommunicera ut information till sina medarbetare om syftet med den röda mappen.

MAS samverkan med patienter/närstående och medborgare när det gäller hälso- och sjukvård inom kommunal verksamhet

- Informera vart man vänder sig för att framföra synpunkter och klagomål
- Skapa goda kontakter vid synpunkter och klagomål
- Medverka och informera vid utredning av avvikelser och vårdskador
- Medverka vid information till brukarorganisationer och pensionärsorganisationer

Klagomål och synpunkter

Varje månad redovisar Patientnämnden i Stockholms län inkomna klagomål som rör den hälso- och sjukvård som Omvårdnadsnämnden ansvarar för. Denna redovisning skickas till Solna stads MAS som tar kontakt med berörd verksamhet om uppgift om verksamhet finns att tillgå.

Under 2021 har inga klagomål inkommit till förvaltningen via Patientnämnden. Patientnämnden har varit involverad i ett ärende på Ametisten och har i detta ärende varit i direkt kontakt med verksamheten som skickat svar i ärendet. Ärendet är pågående.

Klagomål och synpunkter kommer också direkt till MAS/MAR oftast via telefon eller mejl. I dessa fall upprättas ett klagomålsärende som den berörda verksamheten skriftligen svarar på. De flesta klagomål hanteras direkt i verksamheterna.

Under 2021 har Inspektionen för vård och omsorg, IVO, genomfört en utökad tillsyn av vård och omsorgsboenden i Sverige. Tillsynerna har fokuserat på hälso- och sjukvårdsinsatser och medicinsk vård och behandling som utförs på särskilt boende. Denna tillsyn omfattar journalföring och är pågående.

Egenkontroll

Egenkontroll	Omfattning	Källa
Följsamhet basala hygienrutiner och klädregler	En till två gånger per år	PPM-databasen
Trycksår	En gång per år	PPM-databas
Hygienrond	Minst två gånger per år	Månadsenkät
Avvikelser	Varje månad	Månadsenkät
Fall	Varje månad	Månadsenkät
Trycksår	Varje månad	Månadsenkät
Läkemedel	Varje månad	Månadsenkät
MTP	Varje månad	Månadsenkät
Besiktning MTP	En gång per år	Uppföljningsenkät
Nattfasta	En till två gånger per år	Uppföljningsenkät
Kvalitetsindikatorer palliativ vård, smärtskattning	Tre -fyra gånger per år	Svenska palliativregistret
Riskbedömning, åtgärder, uppföljningar	Tre-fyra gånger per år	Senior alert
BPSD registreringar	Tre-fyra gånger per år	BPSD registret
Förebyggande insatser Legionella	En gång per år	Uppföljningsenkät
Dokumentationsgranskning	En gång per år samt varje månad kopplat till riskbedömning	Uppföljningsenkät samt månadsenkät
Obehörig åtkomst journal	En gång per år	Uppföljningsenkät
Aktuella delegeringar	En gång per år	Uppföljningsenkät
Patientens klagomål och synpunkter	En gång per år	Patientnämnden, IVO,

Egenkontroll	Omfattning	Källa
		avvikelsehanteringssystemet

Vård- och omsorgsboende resultat och analys

Hälso- och sjukvård Vård- och Omsorgsboende

Vård- och omsorgsboende för äldre

I avtalen med entreprenörerna ingår att verksamheterna ska ha en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagens 11 kap. samt hälso- och sjukvårdsförordningen 4 kap. 6 §. Entreprenörens MAS ska informera Solna stads MAS om allvarliga avvikelser, förändringar i organisationen samt händelser och riskanalyser. Solna stads MAS beslutar om vad som ska följas upp och inom vilka områden uppföljning ska ske.

Utmaningar har funnits i vissa verksamheter under året kopplat till rekrytering av sjuksköterskor. Antalet anställda sjuksköterskor med specialistkompetens är vid tid för uppföljningen 11 vilket är samma siffra som 2019 men en minskning från föregående år då antalet var 15 vid uppföljningen 2020. Förvaltningen har i samverkan med KI och verksamheterna erbjudit sjuksköterskor på alla vård- och omsorgsboenden att söka till en uppdragsutbildning för specialistutbildning inom vård av äldre som genomförs på arbetstid. En sjuksköterska på Skoga har tackat ja till erbjudandet och har under hösten påbörjat sin specialistutbildning inom Vård- av äldre. Åtta av nio vård- och omsorgsboende har specialistutbildade sjuksköterskor i sina verksamheter.

Antalet platser på vård- och omsorgsboende. Korttidsplatser finns på Skoga och Polhemsgården. Hallens korttidsplatser är stängda.

Vård- och omsorgsboende	Antal boende (totalt antal platser)	Drivs av företag
Ametisten	80 (96)	Vardaga
Berga	64	Ansvar och omsorg
Björkgården	48 (51)	Förenade Care
Frösunda	44	Attendo Care
Hallen	53 (69)	Förenade Care
Oskarsro	34	Vardaga
Polhemsgården	64 (80)	Vardaga
Skoga	90 (100)	Humaniora vård och omsorg
Tryggheten	31	Ansvar och omsorg

Avvikelser HSL

Syftet med avvikelserapportering är att undvika att händelser upprepas och att rutiner förbättras för att höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården. Med en avvikelse menas en icke förväntad händelse som medfört eller skulle kunna medföra risk eller skada.

Avvikelserapport ska skrivas på alla händelser som inneburit vårdskada eller risk för vårdskada.

Internutredning

Internutredning genomförs:

- Efter kontakt med anhörig/närstående som inkommit med klagomål
- Vid vårdskada och vid risk för vårdskada

Lex Maria anmälan

Vid risk för allvarliga vårdskada eller om en allvarlig vårdskada skett anmäler MAS händelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), lex Maria. Entreprenörens MAS ska alltid skicka kopia av anmälan till Solna stads MAS.

Vid anmälan om allvarlig vårdskada sker följande:

- Patient och närstående informeras om händelsen
- Anmälan, utredning, åtgärdsplan och eventuella yttranden skickas till IVO
- Omvårdnadsnämndens ordförande och förvaltningschef informeras om anmälan
- Anmälan diarieförs
- Svar från IVO återkopplas till verksamhetschef som informerar berörd personal, patient och närstående
- Svar från IVO återkopplas till Omvårdnadsnämnden

Rapporteringskyldighet (lex Maria)

Genom att utreda avvikelser arbetar verksamheten för att öka kvaliteten och förbättra patientsäkerheten för att försöka förhindra att avvikelser upprepas i verksamheten.

2021 en utredning om allvarlig vårdskada inletts på Skoga i december som kommer anmälas som lex Maria januari 2022.

Mått	Utfall
Antal anmälningar om vårdskada till IVO	0 

Läkemedel

Läkemedelshantering

Alla vård- och omsorgsboenden har aktuella rutiner för läkemedelshantering.

Uppföljningen visar att 5 av 9 verksamheter har haft kvalitetsgranskning från Apoteket gällande läkemedelshantering under 2021. Trygghetens och Skogas inbokade granskningar fick ställas in pga. sjukdom och är planerad till början av 2022. Frösunda och Oskarsro hade granskning 2020 och nya granskningar planeras till våren 2022.

Rutiner gällande hantering av läkemedel i det kommunala akutläkemedelsförrådet finns i varje verksamhet.

Rutiner för kontroll av narkotiska preparat finns i alla verksamheter. Svinn har förekommit i olika grad i fem verksamheter under 2021. I en verksamhet var händelse av allvarligare karaktär och händelse är polisanmäld.

För att säkra upp hantering och tillgång till läkemedel påbörjade förvaltningen för två år sedan ett arbete med att byta till annat låssystem i verksamheterna. Systemet monteras på läkemedelsskåp inne i lägenheterna samt i andra utrymmen där läkemedel förvaras. Systemet gör det lätt för ansvariga att se över behörigheter och spärra tillgång. Arbetet med att byta låssystem sker succesivt i verksamheterna men stannade av i samband med pandemin 2020. Under 2021 har arbetet till viss del kunnat fortskrida.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgång genomförs i samband med inflyttning till vård- och omsorgsboende. Därefter genomförs läkemedelsgenomgång en gång per år samt vid behov till exempel efter sjukhusvistelse. Läkaren ansvarar för genomgången men planeringen och förberedelser sker tillsammans med ansvarig sjuksköterska.

I läkarorganisationernas avtal med Regionen ingår att utföra läkemedelsgenomgångar. I överenskommelsen mellan läkarorganisationerna och vård- och omsorgsboenden finns gemensamma rutiner för detta.

Vaccination mot influensa

Varje år erbjuds alla som bor på vård- och omsorgsboende vaccination mot influensa vilket också skett under 2021. Vaccination sker när ansvarig läkare är på plats på boendet. Registrering sker i Regionens program Vaccinera.

Fokus under senare delen av 2020 och under 2021 har varit att vaccinera mot covid-19 på vård- och omsorgsboenden i Solna. De allra flesta äldre har tackat ja till alla tre doserna.

Läkemedelsavvikelser

Alla vård- och omsorgsboenden har aktuella rutiner för läkemedelshantering och läkemedelsavvikelser.

Under 2021 har 1167 läkemedelsavvikelser rapporteras in varar majoriteten är missade signeringar av givna läkemedel. Detta kan jämföras med 875 avvikelser 2020 och 1443 år 2019. Inrapportering kan påverkas av hög belastning i verksamheten och pandemin bedöms ha varit en orsak till varierande resultat.

Björkgården, Hallen och Polhemsgården har infört digital signering vilket infördes 2020. Flera verksamheter är på väg att införa det digitala systemet däribland Oskarsro och Skoga. Tekniken innebär omsorgspersonalen blir påmind via en app i mobilen om de läkemedel som ska administreras och sjuksköterskan larmas inom en bestämd tidsram om ett läkemedel inte signerats av delegerad personal. Digital signering har i studier visat leda till minskade läkemedelsavvikelser.

Under 2021 har alla verksamheterna fortsatt att använda webbutbildningen "Jobba säkert med läkemedel " som en del av delegeringsförfarandet där även ett kunskapstest inkluderas. Att kunskapstest ingår i delegering går i linje med föreskriften gällande läkemedelshantering där det framgår att dokumentation av kunskap ska finnas.

Delegering

Delegering av enklare hälso- och sjukvårdsuppgifter

Alla vård- och omsorgsboenden har rutiner för delegering av enklare hälso- och sjukvårdsuppgifter. De flesta delegeringar gäller läkemedelsadministrering. Vid tid för uppföljning är alla delegeringar aktuella.

Med delegering avses att en arbetsuppgift som tillhör legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är formellt och reellt kompetent för uppgiften, genom beslut kan överlåta en enklare hälso- och sjukvårdsuppgift till en annan personal som besitter reell kompetens. Delegering ska dras in om arbetsuppgiften inte utförs enligt rutin och om den inte utförs på ett patientsäkert sätt. Delegering kan åter bli aktuellt efter förnyad utbildning, kontroll av genomförandet av uppgiften så att den utförs patientsäkert. Alla verksamheter har rutiner för uppföljning av delegering.

Behov och lämplighet att delegera i det enskilda fallet kräver alltid en professionell bedömning. För detta svarar sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut. Det är verksamhetschefens ansvar att det finns en lokal rutin som är känd av personalen och att delegeringar är aktuella.

Delegering av enklare hälso-och sjukvårdsuppgifter

Mått	Utfall
Antal indragna delegeringar	0 —

Dokumentation

Journalgranskning

Granskning av dokumentationen 2021 inriktade sig även detta år på de senast nyinflyttade patienterna. Dokumentationen har förbättrats inom flera områden jämfört med uppföljningen 2020.

Det sammanslagna resultatet från journalgranskningen i årsenkäten gällande riskbedömningar visar en förbättring där drygt hälften av patienterna är riskbedömda inom sju dagar från inflytt gällande fall, trycksår och undernäring i jämförelse med 25 % 2020. Där risk uppmärksammas har 97 % en åtgärdsplan kopplad till riskbedömning.

Under 2021 har det i MAS månadsenkät till vård- och omsorgsboenden ingått journalgranskning av nyinflyttade patienter kopplat till riskbedömning och åtgärder. Detta för att ytterligare belysa vikten av riskbedömning och att åtgärder sätts in i tidigt skede för att till exempel undvika vårdskador såsom trycksår. Sett över hela året visar statistiken från månadsenkäterna att av de som flyttat in har 76 % riskbedömning gällande fall, undernäring, trycksår och munhälsa dokumenterat i journalen inom 7 dagar. 94 % av de som har dokumenterat risk finns en plan för åtgärd och uppföljning dokumenterad

Resultatet har förbättrats gällande dokumentation om patientens förmåga att sköta läkemedelshantering och eventuellt övertagande av ansvar av läkemedelshantering där det finns dokumenterat i 74 % av journalerna (66 % 2020). I 92 % av journalerna finns dokumentation angående aktuella hjälpmedel (88 % 2020). En ADL bedömning fanns dokumenterad i 82 % (72 % 2020) av journalerna.

Dokumentation gällande samtycke till informationsöverföring till andra vårdgivare har också ökat från föregående år och finns nu dokumenterat i 80 % av journalerna (72 % 2020).

NPÖ och Take Care - sammanhållen journalföring

Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av utvald journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. Take Care är journalsystemet som används i de flesta av de regionfinansierade verksamheter i Stockholms län. 2021 har åtta av nio verksamheter tillgång till NPÖ vilket kan jämföras med 2019 då bara Skoga hade tillgång. Attendo Frösunda som ännu inte har tillgång arbetar för att lösa detta under 2022. Under 2020 fick Polhemsgården, Oskarsro, Tryggheten och Berga läsbehörighet till Take Care vilket kan jämföras med 2019 då endast Skoga och Ametisten hade läsbehörighet. Vid uppföljningen 2021 saknar Björkgården, Hallen och Attendo Frösunda tillgång till TC men både Björkgården och Hallen når NPÖ. Möjligheten att ta del av andra vårdgivares journalanteckningar sker efter samtycke från patient, att majoriteten av verksamheten nu har den möjlighet stärker patientsäkerheten.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet inom vård och omsorg innefattar att tillgodose patientens säkerhet och integritet kopplat till personuppgifter och att struktur och åtgärder finns för att uppnå detta i verksamheten.

Årlig rapportering av informationssäkerhetsinsatser ska ske enligt Socialstyrelsens föreskrift om informationshantering (2008:12). Verksamheterna ska under punkt Informationssäkerhet i patientsäkerhetsberättelsen beskriva hur säkerhetsarbetet bedrivits. Skriftligt informationsdokument för personal finns framtaget för att förtydliga informationen kring loggkontroller.

Loggkontroll av dokumentationen

Enligt MAS riktlinjer ska systematisk stickprovskontroll genomföras i verksamheterna. Lokala rutiner för loggkontroller finns i alla verksamheter. Alla verksamheter har genomfört loggkontroller under 2021 och i en verksamhet har obehörig åtkomst rapporterats vid ett tillfälle och hanterats i verksamheten.

Hygien och smittskydd

Alla verksamheter har fortsatt att arbetat aktivt med utbildning till medarbetare vilket skett på olika sätt till exempel via webbutbildningar och genom praktiska övningar. Verksamheterna har också haft täta uppföljningar av följsamhet både via observationer och självskattningar.

Alla verksamheter har rutiner för introduktion av ny personal gällande basala hygienrutiner och har återkommande utbildningar för tillsvidareanställda och timanställda i verksamheten.

Verksamheterna även tillgång till hygienboxar som på ett pedagogiskt sätt påvisar hur väl medarbetare lyckats med handhygien.

För att underlätta och tydliggöra hantering av skyddsutrustning i samband med vård av patienter med misstänkt eller konstaterad covid har förvaltningen tog förvaltningen fram en broschyr under 2020 som med bilder och text informerar om basala hygienrutiner och skyddsutrustning. Under 2021 uppdaterats utifrån Smittskydd Stockholms ändrade riktlinjer.

Gällande hantering av skyddsutrustning har alla verksamheter regelbunden uppföljning med personal gällande hantering.

Förvaltningen har under året haft ett nära samarbete med Smittskydd Stockholm och verksamheterna har fått stöd till exempel med frågor kopplat till smittspridning. En riktlinje finns framtagen för kommunal vård- och omsorg kopplat till hanteringen av covid-19.

Alla vård- och omsorgsboenden har avtal med Vårdhygien Stockholms län.

Spoldesinfektor samt diskdesinfektor rengör material som används i vården och omsorgen såsom urinflaskor, spannar och instrument. Att maskinerna används och att detta sker på rätt sätt är viktigt för att godset ska bli tillräckligt rent vilket minskar risken för smittspridning.

Diskdesinfektor finns nu på sju av nio verksamheter. Björkgården och Polhemsgården saknar fortfarande diskdesinfektor vilket är lyft på förvaltningen. Spoldesinfektorer finns i alla verksamheter men antalet behöver öka och bytas ut i vissa verksamheter. Vid tidigare hygienronder med Vårdhygien och efterföljande protokoll har detta tagits upp som ett förbättringsområde vilket fortfarande kvarstår. Berga behöver ytterligare spoldesinfektorer och Skoga är i behov av spoldesinfektor på korttidsavdelningen.

Alla spoldesinfektorer i verksamheterna har besiktigats under 2021 och samtliga diskdesinfektor vilket ska ske årligen.

Egenkontroll gällande följsamhet till rutin för daglig rengöring och förebyggande åtgärder Legionella har tidigare varit ett förbättringsområde och sedan 2020 har alla verksamheter lokala rutiner. Under 2020 hindrade pandemin det förebyggande arbetet med att årligen byta duschslangar i alla lägenheter. Under 2021 har detta skett i 6/9 verksamheter och uppföljning kommer ske under våren 2022 gällande de verksamheter som haft byte under året.

Nationell punktprevalensstudie (PPM) av basala hygienrutiner och klädregler

Solna medverkar årligen i en nationell mätning via Sveriges kommuner och Regioner, SKR gällande personalens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler vid patientnära arbete. Mätningen baseras på ”Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien inom hälso- och sjukvård m.m.” (SOSFS 2015:10). Mätningen 2021 genomfördes i februari och i oktober genomfördes ytterligare en lokal mätning.

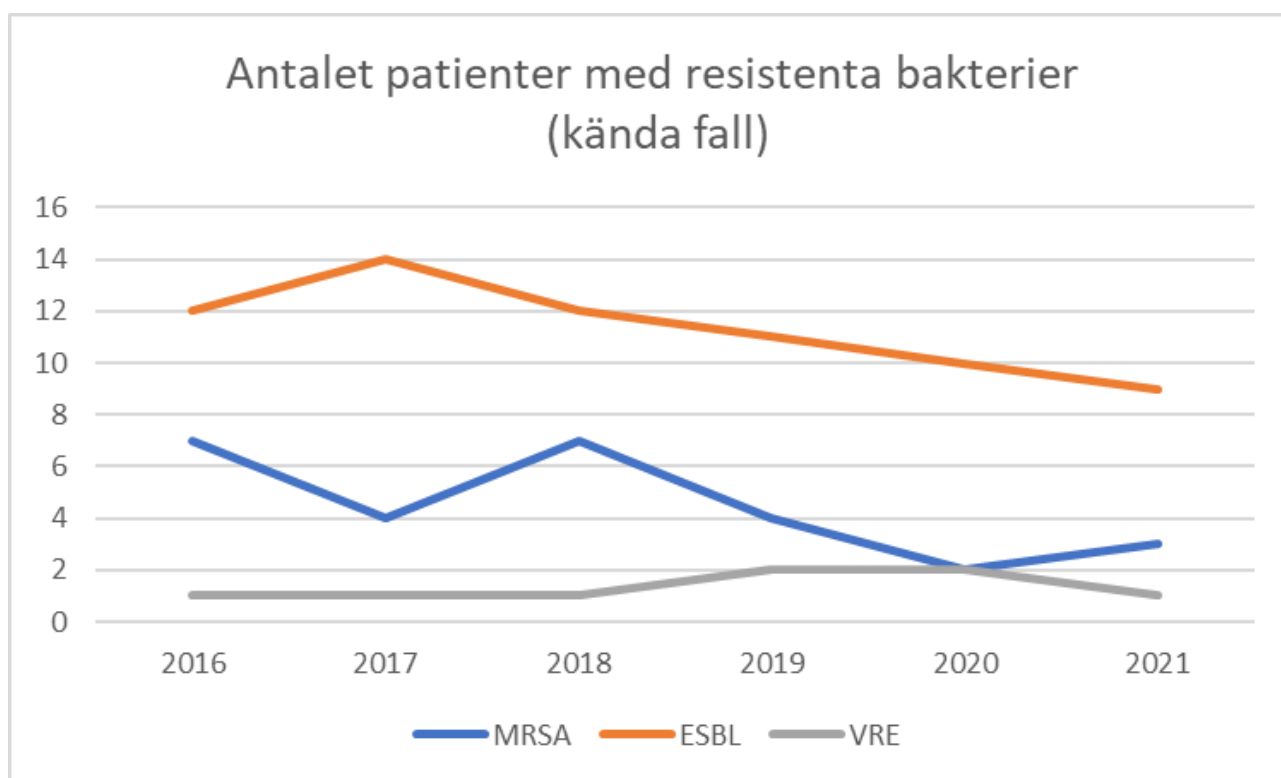
Moment	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Desinfektion före patientnära arbete	67 %	74 %	90 %	75 %	83 %	79 %
Desinfektion efter patientnära arbete	91 %	94 %	95 %	87 %	96 %	92 %
Korrekt arbetsdräkt	99 %	98 %	98 %	95 %	96 %	97 %
Andel fria från ringar	97 %	97 %	97 %	97 %	97 %	99 %

PPM resultatet från 2021 visar på försämrade resultat gällande den viktiga handdesinfektionen före och efter patientnära arbete. Handdesinfektion före patientnära arbete är ett fortsatt förbättringsområde vilket är lyft med cheferna under året. Viss felrapportering har också skett vilket kan påverka resultatet. Skillnader finns också mellan verksamheterna och verksamheter med försämrat resultat har MAS varit i kontakt med och åtgärder vidtagits. Fortsatt uppföljning kommer ske under 2022. Egenkontroller har skett i alla verksamheter under året.

Antibiotikabehandling och resistenta bakterier

En genomgång på vård- och omsorgsboende i Solna visar att vid tid för uppföljning 2021 hade 8 patienter pågående antibiotikabehandling, motsvarande siffran för 2020 var 11 patienter.

Resistenta bakterier fortsätter att öka både nationellt och internationellt. Sambandet mellan antibiotikabehandling och resistensutveckling är väl belagt. Lokalt i Solna har utvecklingen fortsatt minskat gällande ESBL och VRE men MRSA har ökat med något enstaka fall. Antibiotikabehandling sker restriktivt men för sköra äldre kan antibiotikabehandling behöva ordinerar något mer frikostigt än för övriga populationen.



MRSA: Stafylokocker som är motståndskraftiga mot flera olika sorters antibiotika.

ESBL: Ett enzym som tarmbakterier kan bilda och som kan bryta ner flera olika antibiotika.

VRE: Tarmbakterie som är motståndskraftig mot flera antibiotikasorter

Beslutsstöd-Visam

Beslutsstödet Visam ska användas av sjuksköterskor inom kommunal vård och omsorg i Solna vid bedömning av försämrat allmäntillstånd. Beslutsstödet ska användas som ett underlag inför bedömning av behov av akutsjukvård och inför kontakt med läkare. Beslutsstödet ger ett strukturerat stöd vid bedömning samt stöd i att säkra informationsöverföringen. Om beslutsstödet används i verksamheterna följs upp av MAS varje månad via månadsenkäten.

Alla verksamheter har fortsatt att använd stödet regelbundet under 2021.

Då flera nya sjuksköterskor kommit till Solna under året genomfördes en utbildning i beslutsstödet Visam och klinisk bedömning våren 2021.

Vårdprevention

Alla verksamheter har lokala skriftliga rutiner för att förebygga, åtgärda och följa upp undernäring, trycksår, fall och munhälsa.

Fall

Fallolyckorna bland äldre kan bland annat relateras till nedsatt muskelstyrka, balans, syn- och reaktionsförmåga samt gångsvårigheter och läkemedelsbehandling. Det förebyggande arbetet med träning, säkerhet i miljön, översyn av läkemedel och hjälpmedel kan förhindra fallskador.

Registrering av fall och frakturer rapporteras varje månad till MAS via enkät.

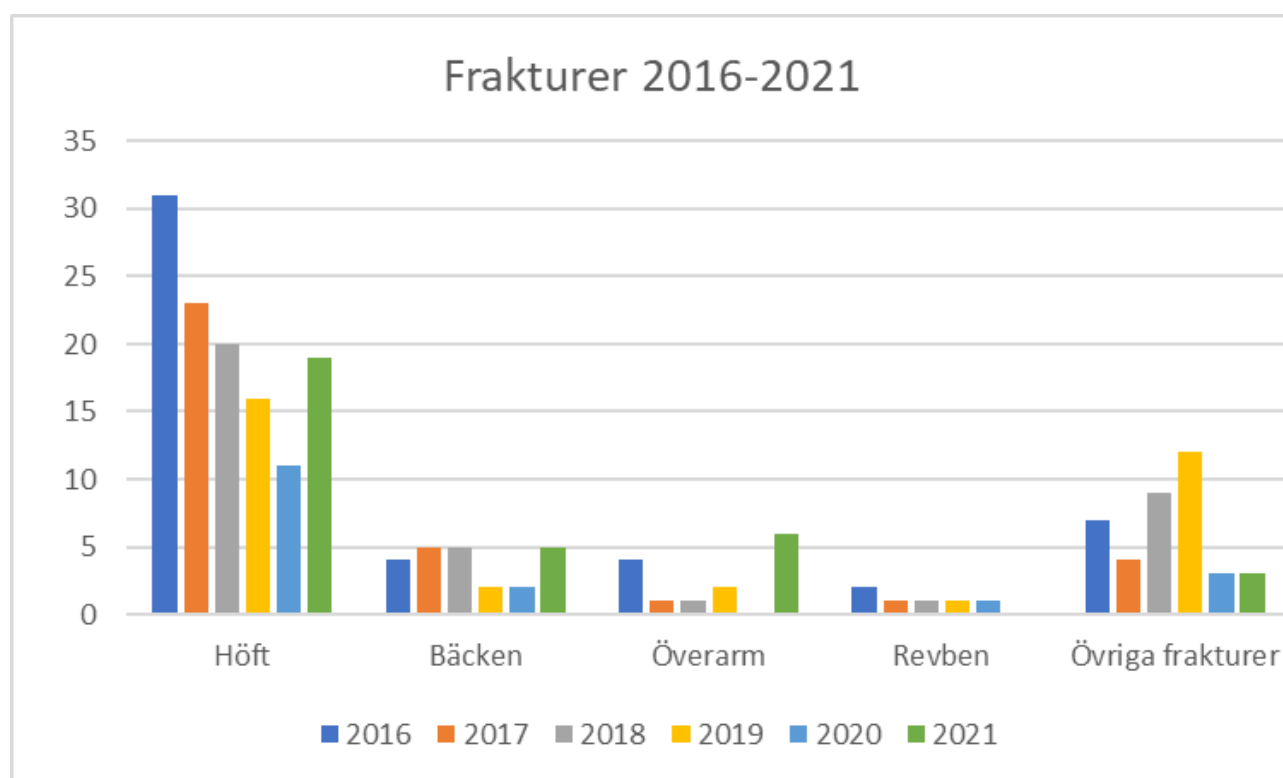
Alla vård- och omsorgsboenden har rutiner för att förebygga fall och fallskador. Sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och omvårdnadspersonal är alla involverade i arbetet med att förebygga och förhindra fallolyckor. En majoritet av fallen, 77 % (84 % 2020), sker i patientens lägenhet, antingen i sovrum eller badrum. 67 % (66 % 2020) av fallen på vård- och omsorgsboenden sker mellan klockan 7-21.

Antalet fall de senaste åren:

- 2016 1322 fall
- 2017 1032 fall
- 2018 1218 fall
- 2019 1253 fall
- 2020 953 fall
- 2021 977 fall

Antalet rapporterade frakturer:

- 2016 48 st
- 2017 36 st
- 2018 36 st
- 2019 33 st
- 2020 20 st
- 2021 33 st



Under 2020 var antalet frakturer lägre. Inrapporteringen främst under 2020 hade vissa brister då vissa verksamheter inte rapporterade in som tidigare främst under det första pandemiåret. Vissa äldre personer på vård- och omsorgsboende rörde sig även mindre i början av pandemin då många tillbringade mer tid inne i lägenheterna med anledning av risk för smittspridning vilket också kan ha påverkat antalet frakturer. Under 2021 har regelbundna fallmöten där läkare medverkat genomförts i olika omfattning i verksamheterna. Fortsatt uppföljning med läkarorganisationer och verksamheterna kommer att ske under 2022.

Nutrition

Sjuksköterskan ska göra en riskbedömning enligt MNA (Mini Nutritional Assessment) vid inflyttning, var 6:e

månad samt vid behov. Åtgärder skall sättas in vid eventuella nutritionsproblem på grund av sjukdom, ät- och sväljsvårigheter, problem med munhälsa mm. Problem med nutritionen ska dokumenteras i en vårdplan.

Vid tid för uppföljning fick sex patienter på vård- och omsorgsboenden i Solna sin näring via sond. 95 patienter var i behov av stöd vid matintag vilket kan jämföras med föregående år då 72 patienter behövde stöd. Alla verksamheter har tillgång till dietist.

Nattfasta

Tiden från dagens sista måltid till nästkommande dags första måltid kallas nattfasta. Nattfastan bör inte överstiga 11 timmar. Under året har åtta verksamheter genomfört nattfastemätning jämfört med fyra 2020. I de mätningar som har genomförts har sammanlagt 402 patienter ingått. Mätningarna visar att av de 402 patienter som ingick hade 14 % ofrivillig nattfasta. Detta är en försämring från föregående års mätning. Mätningen för 2021 innehåller ett större patientunderlag jämfört med 2020 och fler verksamheter har deltagit. Vid uppföljning 2019 deltog 421 patienter och 9,5 % hade vid denna mätning ofrivillig nattfasta. Uppföljning av nattfastan kommer ske även under 2022 och behov av utbildningsinsatser kommer ses över.

Trycksår

Äldre personer med försämrad cirkulation och minskad rörlighet löper stor risk att utveckla trycksår. Förebyggande insatser är därför av största vikt för att undvika de besvär som ett trycksår för med sig för en patient.

I Solna riskbedöms de boende regelbundet via kvalitetsregistret Senior Alert för att upptäcka individer som löper risk för att drabbas. Riskbedömning sker vid inflytt, var 6:e månad samt vid behov. Därefter sätts förebyggande åtgärder in, såsom tryckavlastande madrass, tillgodose näringsbehov, inspektion av hud regelbundet m.m. Teamets samlade kunskaper är viktigt för att lyckas förebygga uppkomsten av trycksår.

Statistiken som skickas månadsvis till Solna stads MAS visar precis som föregående år att strax över en fjärdedel av sårn 2021 uppkom på annan plats såsom sjukhus eller hemma.

Trycksår delas in i fyra olika kategorier:

Kategori 1: Rodnad hud som inte bleknar vid tryck

Kategori 2: Delhudsskada, ytligt sår

Kategori 3: Fullhudsskada

Kategori 4: Djup fullhudsskada

Punktprevalensmätning gällande trycksår som genomförs årligen visar att av de trycksår som fanns vid tid för mätningen så är strax över 80 % i kategori 1 eller 2 och således av yttligare karaktär. Även resultat från månadsenkät gällande trycksår visar att majoriteten av trycksåren som rapporterats under året är kategori 1 och 2.

Statistik från Svenska palliativregistret visar att av de dödsfall som registrerades 2021 så avled 85 % av patienterna utan trycksår vilket kan jämföras med 2020 då 86 % avled utan trycksår. Sammanslaget för kommunerna i Stockholms län visar på ett resultat på 85 %. Socialstyrelsens mål är 90%.

Andel trycksår fortsätter att följas upp månadsvis av MAS under 2022. Uppföljning sker fortsatt via Svenska palliativregistret och följs upp med verksamheterna under året.

Munhälsa

Riskbedömning av munhälsa ska ske vid inflytt, var 6:e månad samt vid behov. Riskbedömningar från Senior alert visar att av de bedömningar som genomförts 2021 hade 48 % ohälsa eller risk för ohälsa i munnen. Regionen har avtal med leverantör gällande uppsökande verksamhet. Företaget erbjuder årligen patienter en munhälsobedömning på plats på boendet. Via tandhygienist som besöker patienter på vård- och omsorgsboenden får personalen instruktioner hur den individuella munhälsan ska skötas. Under 2021 har den uppsökande verksamheten åter kommit igång efter att den till stor del pausats i Stockholms län 2020 med anledning av pandemin. Möjlighet finns också för verksamheterna att boka utbildning via Distriktstandvården som har avtal gällande uppsökande verksamhet med Regionen.

I dödsfallsenkäten som fylls i efter dödsfall för att kvalitetsgranska vården den allra sista tiden finns frågan

gällande om en bedömning av personens munhälsa finns dokumenterad sista levnadsveckan. Statistiken visar att bedömning av munhälsa finns dokumenterat i 70 % av fallen. Socialstyrelsens mål är 90 %. Riksgenomsnittet för kommuner gällande dokumenterad bedömning av munhälsan sista levnadsveckan är 58 % 2021. Munhälsan är av stor vikt och vid livets slut en del av att känna välbefinnande de sista dagarna i livet. Resultaten kommer följas upp under 2022.

Senior alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg. Under 2021 har riskbedömningar, åtgärdsplaner och uppföljningar genomförts för undernäring, trycksår, fall och munhälsa.

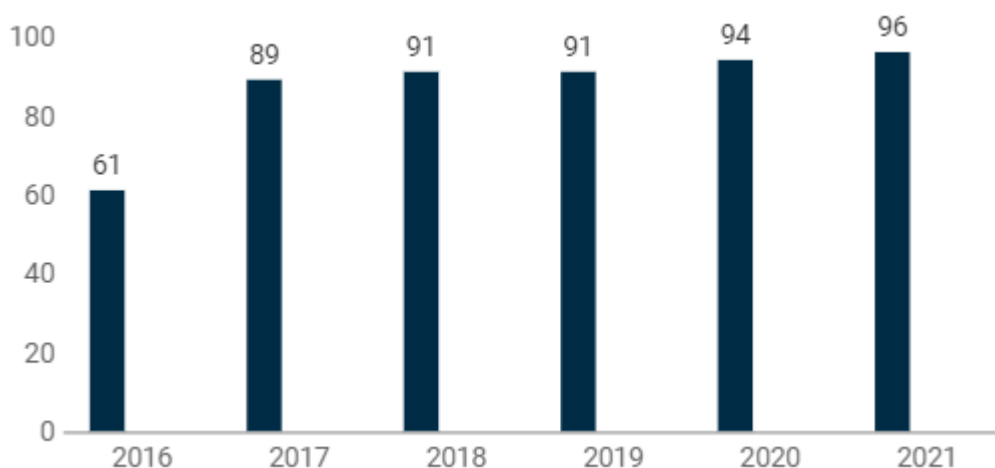
2021 registrerades 519 patienter och 858 riskbedömningar genomfördes. Detta kan jämföras med 2020 då 465 patienter och 749 riskbedömningar genomfördes.

Andel registreringar skiljer sig dock mellan verksamheterna. Hallen som under 2020 hade ett lågt antal registreringar påbörjade ett förbättringsarbete under 2021 och har under året genomfört 57 riskbedömningar i jämförelse med 25 bedömningar 2020. Polhemsgården som med tidigare utförare inte registrerade i Senior alert har fortsatt sitt arbete och har under 2021 genomfört 134 riskbedömningar vilket kan jämföras med 61 2019. Ametisten och Tryggheten är två verksamheter som även under pandemin hade en tydlig struktur kring arbetet med Senior alert vilket fortsatt under 2021. Berga har trots rekryteringsproblem av sjuksköterskor under året fortsatt att arbeta aktivt med Senior alert. Björkgården hade få registreringar 2020 och har ett fortfarande ett förbättringsarbete att göra gällande registreringar precis som Skoga vilket kommer följas upp under 2022.

93 % av patienterna bedömdes ha en eller flera risker såsom fall, undernäring, trycksår eller risk för försämrad munhälsa vilket kan jämföras med 91 % 2020.

Mått	Utfall
Andel procent med åtgärdsplan vid risk	96 ■

Kommentar



Andel åtgärdsplaner vid risk har fortsatt öka i verksamheterna vilket är glädjande. Verksamheterna får varje månad utifrån MAS enkät göra egenkontroller genom att granska dokumentationen för alla nyinflyttade gällande riskbedömningar och åtgärdsplaner.

Rehabilitering

Vid behov av rehabilitering ska en rehabiliteringsplan upprättas. Patienter som har behov av behandling av fysioterapeut eller arbetsterapeut ska erbjudas detta. Behandling kan ske individuellt eller i grupp. Hjälpmedel ska provas ut och förskrivas individuellt av fysioterapeut eller arbetsterapeut. Användningen av hjälpmedel ska följas upp. ADL-status ska utföras och dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Vid vårdplaneringar bör förutom sjuksköterska även fysioterapeut och arbetsterapeut delta.

Fysioterapeutens insatser

Fysioterapeuten ansvarar för sjukgymnastik, träning, rådgivning och utprovning av t.ex. gånghjälpmedel. Träningen ska om möjligt leda till att behålla, förbättra eller återfå de fysiska funktioner som behövs i vardagen. Viss träning kan delegeras vidare till omvårdnadspersonal.

Arbeterapeutens insatser

Arbeterapeuten bedömer, stödjer och tränar förmågor som behövs för att klara av vardagligt liv.

Det kan handla om att kunna klä sig, förflytta sig och att sköta vardagslivets rutiner i hemmet. Arbeterapeuten förskriver hjälpmedel som kan underlätta rehabiliteringsprocessen.

Alla verksamheter har fysioterapeuter och arbetsterapeut dock i olika grad. De större verksamheterna har paramedicinsk personal på plats varje dag för att handleda personal och gör individuella bedömningar.

Ametisten har under 2021 arbetat med rekrytering av ny arbetsterapeut och har under period inte haft professionen på plats i verksamheten. Rekryteringen är klar och kompetens kommer finnas på plats från januari 2022. Kompetens har under 2021 funnits tillgänglig vid behov via Polhemsgården. Oskarsro har delar av året använt bemanningsföretag för att täcka upp för arbetsterapeut och fysioterapeut. Rekrytering av arbetsterapeut är klar och pågår av fysioterapeut.

Samtliga verksamheter har en struktur för att säkerställa att rehabiliteringsbehov identifieras och bedöms av fysioterapeut och/eller arbetsterapeut. Arbeterapeut och/eller fysioterapeut deltar i verksamhetens teammöten. Samarbetet med ansvarig läkare varierar från att ha regelbundna kontakter vid fallronder till att kontakt tas vid behov eller att det sker väldigt sparsamt med önskan från arbetsterapeut och fysioterapeut om ett utökat samarbete.

Medicintekniska produkter - MTP

Medicintekniska produkter används på alla vård- och omsorgsboende. Det förskrivs enligt en förskrivningsprocess och provas ut av fysioterapeut, arbetsterapeut eller sjuksköterska. På samtliga boende utbildas och instrueras omvårdnadspersonal regelbundet i medicintekniska produkters funktion, risker vid användning samt hantering av MTP på samtliga boende. Verksamhetschef ansvarar för att det finns rutiner för hur kontroll och registrering av MTP ska genomföras och detta är upprättat på samtliga boende.

Avvikelse gällande medicintekniska produkter (MTP)

År 2021 har 15 avvikelser kopplat till MTP rapporterats. Till tillverkaren, Läkemedelsverket eller IVO har 6 avvikelser rapporterats men ingen händelse har lett till personskada.

Fotsjukvård

Den vanligaste diagnosen för att vara berättigad till fotsjukvård är diabetespatienter med befintliga eller begynnande fotproblem. Andra diagnoser är till exempel cirkulationsrubbningsor som förorsakat eller riskerar att förorsaka sårbildningar, reumatiska och neurologiska sjukdomar med fotproblem. Vid inflyttning till vård- och omsorgsboende ska sjuksköterskan undersöka fötterna vilket även ska ske årligen för patienter med diabetes vilket sker i samverkan med ansvarig läkare. Är patienten i behov av fotsjukvård skriver sjuksköterska eller läkare en remiss till medicinsk fotsjukvårdare.

52 patienter har under 2021 fått medicinsk fotsjukvård vilket kan jämföras med 42 patienter 2020 och 34 patienter 2019.

2021 har Region Stockholm sagt upp sina avtal med fotsjukvårdare i Stockholms län då fotsjukvård från 2022 ingår i husläkarmottagningarnas uppdrag. Med anledning av detta har MAS riktlinjen gällande fotsjukvård uppdaterats.

Alla verksamheter förutom Oskarsro och Berga uppger att fotstatus för diabetiker sker årligen vilket kommer följas upp av MAS.

Inkontinens

Sjuksköterskan ansvarar för att utreda problem med inkontinens genom en basal inkontinensutredning och därefter förskriva inkontinenshjälpmedel.

Samtliga verksamheter har rutiner för att kartlägga inkontinens.

Flera verksamheter har tidigare identifierat behov av utbildning för sjuksköterskor gällande inkontinensvård. Som en del av satsningen God och nära vård möjliggjordes utbildning under 2021 via uppdragsutbildning på Sophiahemmets högskola.

Demens

Gruppboende för personer med demenssjukdom finns på alla vård- och omsorgsboenden utom på Tryggheten.

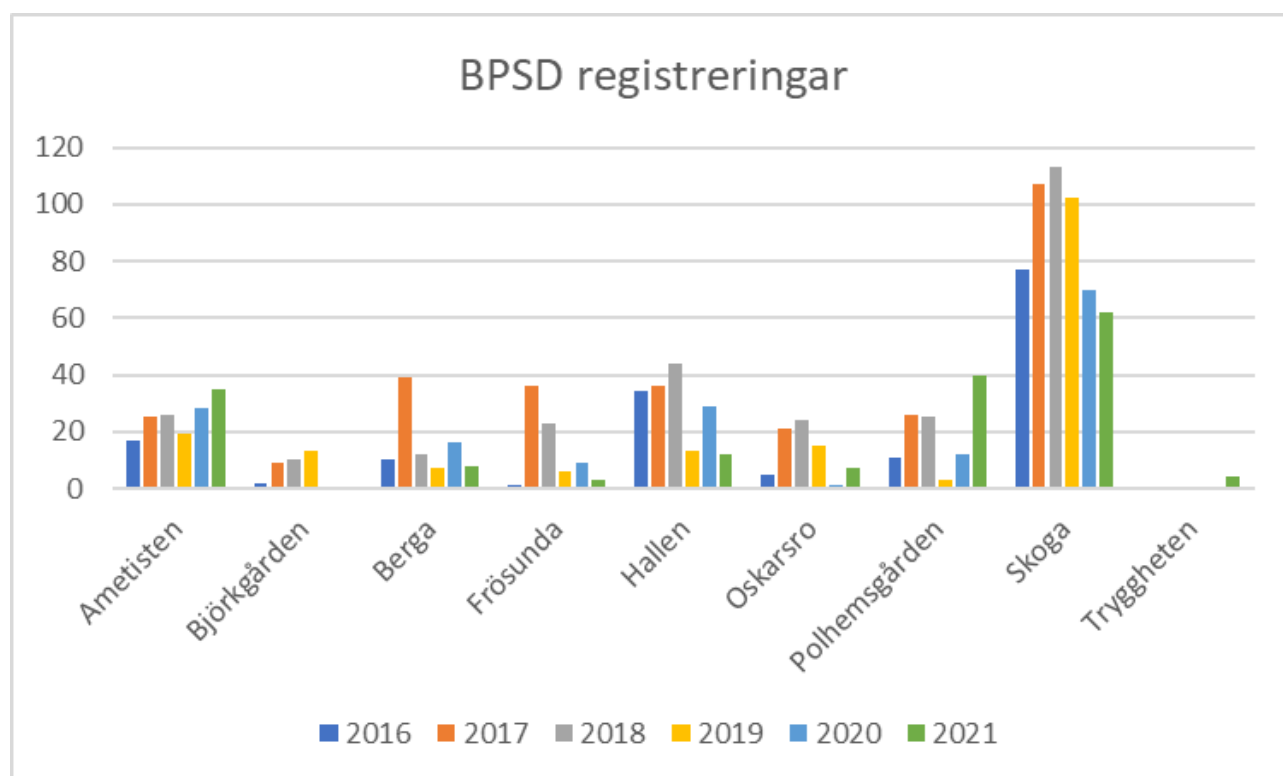
Ametisten, Berga, Björkgården, Hallen, Skoga, Oskarso och Polhemsgården är Silviacertifierade verksamheter. Ametisten, Polhemsgården har Silviasjuksköterskor i sina verksamheter och specialistutbildade sjuksköterskor inom demens finns också på Hallen och Tryggheten.

Registrering i BPSD

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demenssjukdom, BPSD drabbar 90 % av personer med demenssjukdom. Symtomen kan vara oro, aggressivitet, hallucinationer, sömnstörningar m.m. Genom att använda BPSD registret kan personalen arbeta strukturerat genom att observera, analysera, planera åtgärder och följa upp insatser.

Under 2021 genomfördes 126 skattningar i Solna vilket var färre än under 2020 då 179 skattningar genomfördes.

Antalet registreringar har under 2021 ökat på Polhemsgården, Oskarso, Ametisten och Tryggheten. Flera verksamheter har haft utbildningar bokade med stadens demenskoordinator men har dessvärre inte kunnat genomföras då verksamheterna har behövt avboka. Översyn av utbildningsbehov och stöttning till verksamheterna behöver ses över i samråd med demenskoordinator, förvaltning och verksamheterna under 2022.



Palliativ vård

Verksamheterna i Solna arbetar med Nationell vårdplan för palliativ vård, NVP ett personcentrerat stöd för att identifiera, bedöma och åtgärda en enskild patients palliativa vårdbehov och kvalitetssäkra vården. Arbetet sker i samverkan med ansvarig läkare. Utbildning i NVP har skett i samverkan med Palliativt utvecklingscentrum i Lund oktober 2021. MAS har även genomfört utbildningsinsatser lokalt i vissa verksamheter samt i samverkan med verksamheterna tagit fram ett aktivitetsschema för det fortsatta arbetet med NVP.

I verksamheterna finns palliativa ombud som har särskilt uppdrag att tillsammans med kollegor och ledning arbeta för att utveckla den palliativa vården.

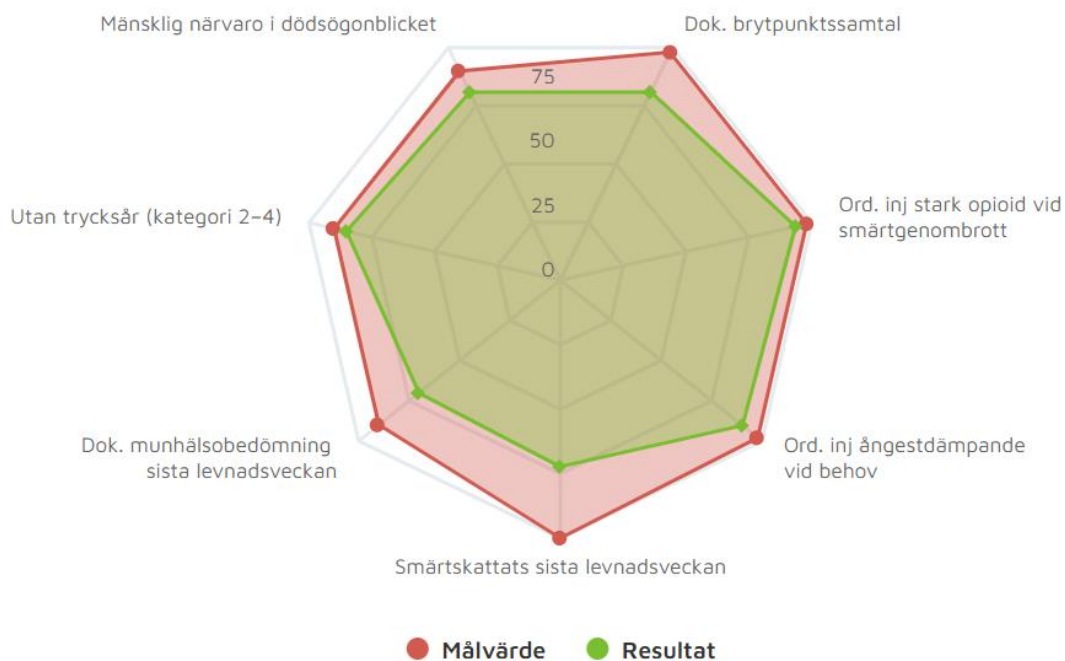
Svenska palliativ registret är ett nationellt kvalitetsregister som har till syfte att förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå registrera kvalitetsindikatorer och mäta hur enheter lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Andel registreringar i Palliativa registret där dokumenterad validerad smärtskattning utförts är ett nyckeltal för förvaltningen. Andel dokumenterade smärtskattningar sista levnadsveckan sammanslaget för verksamheterna i Solna 2021 var 72 % vilket kan jämföras med 2020 då resultatet var 68 %. Resultatet har förbättrats men når inte upp till nivåer innan pandemin då resultat från 2019 var 87 % dokumenterade smärtskattningar sista levnadsveckan. Siffran kan jämföras med det sammanslagna resultatet för kommunerna i Sverige som 2021 som visar att i 56 % av dödsfallen fanns smärtskattning dokumenterad.

Resultatet för kvalitetsindikatorn närvaro vid dödsögonblicket har förbättrats under 2021 från 67 % 2020 till 81 % 2021. Även resultatet gällande dokumenterat brytpunktsamtal har förbättrats under 2021 till 81 % i jämförelse med 72 % 2020.

Solna 2021

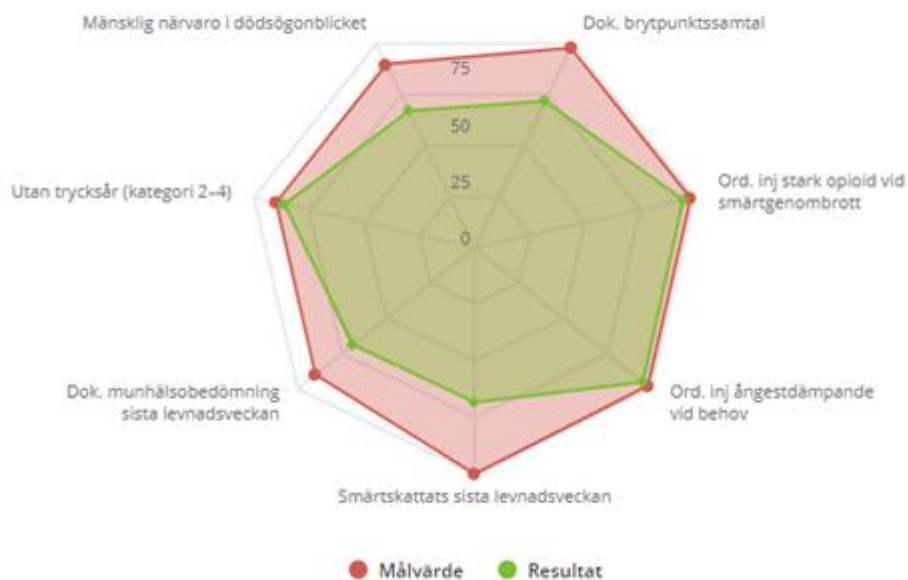
Period 2021-01 - 2021-12



Solna 2020

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

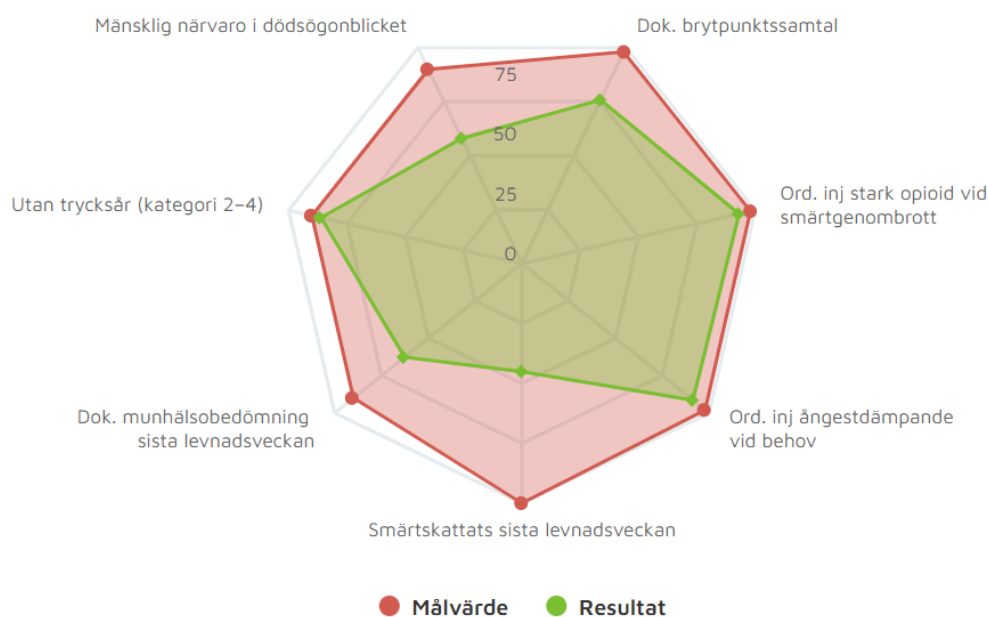
Period 2020-01 - 2020-12



Detta är en modifierad rapport.

Äldre som avlidit på sjukhus i Stockholms län 2021

Period 2021-01 - 2021-12



Palliativa registret

Mått	Utfall
Andel dokumenterade utförda smärtskattningar sista levnadsveckan med validerat instrument	72 ■

NVP

Vård- och omsorgsboenden använder Nationell vårdplan vid palliativ vård, NVP.

Den nationella vårdplanen är framtagen av Palliativt utbildningscentrum i Lund och är en strukturerad vårdplan för personcentrerade vårdåtgärder. Syftet är att kvalitetssäkra vården av personer med begränsad tid kvar i livet. NVP består av tre delar och sex dokument från tidig palliativ fas till efter dödsfallet.

Arbete med vårdplanen fortskrider i verksamheterna. Utbildningsbehov lyftes vid uppföljning 2020 för de sjuksköterskor som tillkommit i verksamheterna under. Utbildning har genomförts i oktober 2021 i samverkan med Palliativt utvecklingscentrum i Lund. MAS har även haft utbildningar lokalt i flera verksamheter och har i samarbete med verksamheterna också tagit fram aktivitetschema för det fortsatta arbetet.

Nätverksträff Palliativa ombud

Solna har i samarbete med Palliativt kunskapscentrum, PKC i flera omgångar utbildat palliativa ombud.

Alla vård- och omsorgsboenden i Solna har palliativa ombud med särskilt uppdrag att tillsammans med kollegor och ledning arbeta för att utveckla den palliativa vården.

Sju av nio verksamheter har trots ett ansträngt läge haft träffar under året för de palliativa ombuden. Palliativt kunskapscentrum, PKC anordnade digitala träffar för palliativ ombud i juni där ombud från Solna deltog. December 2021 anordnade MAS en lokal nätverksträff för palliativa ombud där bland annat munhälsa var ett fokusområde.

Palliativa ombudens uppdrag är att:

- Informera och sprida kunskap till medarbetare och ledning om det palliativa förhållningssättet

- I verksamheten arbeta tillsammans med ledningen för att utveckla omvårdnaden av den palliativa patienten och stödet till närstående utifrån det palliativa förhållningssättet
- Utveckla och uppdatera lokala rutiner vid palliativ vård och dödsfall
- Sammanställa information till närstående
- Vara drivande för reflektion efter dödsfall
- Gå på regelbundna träffar för palliativa ombud

Läkarmedverkan

Region Stockholm har ansvar och skriver avtal för läkarinsatserna i vård- och omsorgsboenden. Överenskommelse finns mellan Solna stad och läkarorganisationerna Familjeläkarna i Saltsjöbaden och Capio Legevisitten. Överenskommelsen reglerar samarbetsformer. Under 2021 uppdaterades samverkansöverenskommelsen och beskrivningar om bland annat gällande det proaktiva arbetet och teamarbetet sågs över. Uppdateringarna sker i samråd med MAS och läkarorganisationerna.

Båda läkarorganisationerna har egen jour för akuta ärenden under kvällar, nätter och helger. Även under 2021 har det under perioder funnits förstärkning jourtid kopplat till smittläget.

MAS, representanter från verksamheterna och läkarorganisationerna har haft digitala samverkansmöten under året för att diskutera gemensamma frågor. Även under 2021 har dessa möten till viss del varit koncentrerade till pandemiläget och vaccinering mot covid-19. Genomgång av resultat från kvalitetsregister har också skett under dessa möten samt samverkansfrågor kopplat till justerade samverkansöverenskommelser.

Sammanställning av läkarbesök och antal läkartimmar per vecka efter uppföljning 2021.

Skoga och Ametisten har svarat att läkartiden i dagsläget inte är tillräcklig för en god och säker vård. Skogas verksamhetschef kommer i februari kalla till ett möte med ansvarig läkare och ledningen för Capio Legevisitten för att se över läkartillgängligheten på Skoga. Vardagas MAS kommer följa upp behovet av ökad läkartid som lyfts av Ametisten.

De flesta verksamheter uppger att läkarstödet och läkarstödet är bättre än 2020 och tiden innan pandemin. I Region Stockholm pågår ett arbete att se över avtalen med läkarorganisationerna. För att det proaktiva arbetet ska kunna utvecklas behöver läkartiden i på vård- och omsorgsboenden utökas vilket är lyft till Regionen.

Vård- och omsorgsboende	Antal boende	Läkarorganisation	Antal besök/vecka ca antal timmar per vecka 2020	Antal besök/vecka och ca antal timmar per vecka 2021
Ametisten	76	Capio Legevisitten	1 dag/v ca 4 h	1 dag/v ca 5 h
Berga	64	Familjeläkarna i Saltsjöbaden	1 dag/v ca 7 h	1 dag/v ca 5 h
Björkgården	48	Familjeläkarna i Saltsjöbaden	1 dag/v ca 8 h	1 dag/v ca 7 h
Frösunda	44	Familjeläkarna i Saltsjöbaden	1 dag/v ca 3 h	1 dag/v ca 4 h
Hallen	53	Capio Legevisitten	1 dag/v ca 2 h	1 dag/v ca 6 h
Oskarsro	34	Capio Legevisitten	1 dag/v ca 3 h	1 dag /v ca 3 h
Polhemsgården	68	Familjeläkarna i Saltsjöbaden	2 dag/v ca 8 h	2 dag/v ca 7 h
Skoga	90	Capio Legevisitten	2 dag/v ca 8 h	1 dag/v ca 6 h
Tryggheten	31	Familjeläkarna i Saltsjöbaden	1 dag/v ca 5 h	1 dag/v ca 4 h

Hälso- och sjukvård i dagverksamhet resultat och analys

Hälso- och sjukvård Dagverksamhet

Dagverksamheter finns på Berga, Skoga, Hallen och Polhemsgården. Under 2020 var dessa verksamheter till stor del stängda med anledning av pandemin och ingen uppföljning genomfördes. Under 2021 har verksamheterna

haft öppet men varit anpassade för att minska risk för smittspridning. Bland annat har grupperna varit mindre. Riskanalyser har genomförts inför öppnandet av verksamheterna.

Uppföljningen 2021 visar att på alla dagverksamheter finns en utsedd ansvarig sjuksköterska. 4/6 verksamheter har rutiner gällande läkemedelshantering. Skoga och Polhemsgården uppger att det inte finns någon aktuell rutin gällande läkemedelshantering och att det inte finns deltagare där läkemedel behöver hanteras. Rutin kommer tas fram om behov uppstår. En rutin som innehåller hur läkemedel kommer till dagverksamheten för de besökare som behöver hjälp med läkemedelshantering, hur läkemedel ska förvaras, dokumentation samt avvikelshantering behöver finnas i verksamheterna. Uppföljning av MAS under 2022.

Fyra av sex verksamheter har haft egenkontroller gällande följsamhet till basala hygienrutiner. Berga som uppger att man inte haft egenkontroller men beskriver i text att det finns en lokalrutin som följs upp med medarbetare.

Hälso- och sjukvårdsteam LSS resultat och analys

Hälso- och sjukvård Hälso- och sjukvårdsteam LSS

Kommunen har ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser, rehabilitering och habilitering som sker i bostad med särskild service samt på daglig verksamhet. Verksamheten bedrivs i stadens egen regi av Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS, HSL teamet LSS.

Teamet består av två sjuksköterskor, en arbetsterapeut samt en fysioterapeut på konsultuppdrag. Jourtid ansvarar Adept sjuksköterskejour.

Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS ansvarar för insatserna på daglig verksamhet samt på grupp- och servicebostäder. Majoriteten av insatserna sker på grupp- och servicebostäder.

Samverkansrutiner som finns framtagna:

- Samverkansrutin mellan Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS och grupp- och servicebostad samt daglig verksamhet
- Samverkansrutin mellan Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS och primärvården i Solna
- Samverkansrutin mellan Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS och jourorganisationen Adept.

Under 2020 var sjuksköterskebemanningen under perioder låg och en undersköterska kopplades in i verksamheten för att stärka upp arbetet bland annat gällande läkemedelshantering som skedde efter delegering av sjuksköterska. Under 2021 har sjuksköterskebemanningen stabiliserats och en tjänst tillkommit. De tre sjuksköterskor som nu arbetar i verksamheten har strukturerat upp arbetet och delat upp grupp/serviceboende och dagverksamheterna mellan sig. Mycket av arbetet under 2021 har fortsatt präglas av pandemin och arbetet med smittspårning och vaccinering.

Under april 2021 byttes jourorganisation och Adept sjuksköterskejour tog över ansvaret. Inför övergång genomfördes riskanalyser och täta möten med den nya utföraren. Efter övergången har tidigare problem med överrapportering och dokumentation minskat.

Under uppföljning med grupp/servicebostäderna uppger de flesta verksamheter att samverkan med jourorganisationen fungerar väl. Tre verksamheter uppger att jourorganisationen ibland kan vara svårt att nå vilket kommer följas upp under 2022.

Verksamheten har fortsatt arbeta för att utveckla samverkan med vårdcentralerna. På de vårdcentraler som har en namngiven läkare som har ansvar för patienter som bor på grupp/servicebostäder fungerar samverkan mycket väl.

På Solna centrum vårdcentral och Hagalund- Frösunda vårdcentral finns en gemensam hemsjukvårdsläkare. Teamet har en mycket god samverkan med läkaren och man gör gemensamma hembesök och tar tillvara varandras kompetens. Hemsjukvårdsläkaren har på ett möte med MAS och övriga vårdcentraler i samverkan med Humaniora hälso- och sjukvårdsteam informerat och lyft upp vikten av god samverkan och hur väl det fungerar för både patienter och profession. Detta som ett gott exempel på hur samverkan kan ske och förhoppningen är att flera vårdcentraler kommer arbeta på likande sätt framöver.

Vid tid för uppföljning 2020 hade en heltidsanställd sjuksköterska omvårdnadsansvar för 95 patienter. Vid uppföljningen 2021 har bemanningen utökats och en sjuksköterska har nu omvårdnadsansvar för 45 patienter vilket är en tydlig förbättring.

Vid tid för uppföljning hade 93 patienter insatser från teamet och 20 patienter behov av insatser när de är på sin dagliga verksamhet.

HSL teamet har tagit över ansvaret för läkemedelshanteringen för 75 patienter vilket är något färre än 2020.

Insatser från teamet har ökat sedan starten 2015. Detta till följd av antal ökat antal grupp/servicebostäder men även på grund av att teamet har en annan närvaro i verksamheterna än regionen hade under tiden de ansvarade för insatserna vilket leder till att fler behov av åtgärder av hälso- och sjukvårdsinsatser också identifieras.

Under uppföljning 2021 har alla verksamhetschefer på grupp- och servicebostäder fått fylla i en enkät kopplat till hälso- och sjukvårdsåtgärder och till HSL teamets insatser. I svaren framkommer att alla verksamheter upplever att det är lätt att nå sjuksköterska i HSL- teamet. I uppföljningen för 2021 framkommer att vissa verksamheter upplever att det kan vara svårt att nå arbetsterapeut och fysioterapeut från HSL teamet. Bemanningen gällande arbetsterapeut har varit något begränsad under hösten på grund av sjukskrivning vilket kan vara en förklaring. Vikarie har tagits in till viss del för att täcka behovet under denna period. Vissa verksamheter uppger att det finns vissa svårigheter att nå fysioterapeut. Fysioterapeut finns på 20% och arbetar således inte alla vardagar vilket kan påverka upplevelsen gällande närbarhet för personal på grupp- och servicebostäderna. Alla verksamheter utom en uppger att samarbetet med fysioterapeut fungerar väl, precis som vid tidigare uppföljningar. Vid tid för uppföljningen 2021 uppger några verksamheter att tillgängligheten och samarbetet med teamet kan utvecklas medan andra verksamheter är mycket nöjda med samverkan.

Humaniora hälso- och sjukvårdsteam ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser på följande grupp- och servicebostäder:

LSS-boende

Centrumslingan 45, 12 boende, drivs av Waxö omsorg

Hagalundsgatan 42, 5 boende, drivs av Humaniora vård och omsorg

Hagalundsgatan 17, 7 boende, drivs av Humaniora vård och omsorg

Andersvägen 3B, 4 boende, drivs av Frösunda

Algatan 5-7, 5 boende, drivs av Nytida

Spårvägen 6, 5 boende, drivs av Nytida

Spårvägen 12, 5 boende, drivs av Mango omsorg

Storgatan 50, 5 boende, drivs av Waxö omsorg

Nybodagatan 16, 7 boende, drivs av Humaniora vård och omsorg

Jungfrudansen 19 B, 5 boende och drivs av Mango Omsorg

Anderstorpsvägen, 7 boende och drivs av Humaniora vård och omsorg

Parkvägen 4 C, 6 boende och drivs av Humaniora vård och omsorg

Törnbacken Fläderstigen, 10 boende och drivs av Humaniora vård och omsorg

Gränsgatan 28, 6 boende och drivs av Gemensamma Krafter

Västra vägen, 5 boende drivs av Patia

Resultat och analys

Avvikelser HSL- LSS

Teamet har utvecklat sitt arbetssätt för att återkoppla avvikelser men möjligheten att arbeta på detta sätt har även under 2021 till viss del begränsats på grund av pandemin. Arbetetsättet innebär att teamet besöker grupp/servicebostäderna varje termin för att tillsammans med personalgruppen gå igenom de avvikelser som inkommit. Vid delegeringsstillfället tar sjuksköterskan också upp vikten av att skriva avvikelser.

Avvikelser	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Fall	31	49	26	25	29	7
Läkemedelshantering	56	116	138	139	155	110
MTP	0	2	1	0	0	0
Samverkan	3	2	7	2	2	3
Summa	90	169	172	166	186	120

Avvikelse gällande missade doser är fortfarande den vanligaste avvikelsen gällande läkemedelshandling inom LSS. När teamet analyserat detta närmare är en del av dessa avvikelser kopplade till missad dos på grund av att omsorgstagaren inte vill ta det ordinerade läkemedlet. För att lättare kunna urskilja dessa avvikelser har MAS justerat avvikelseblanketten för läkemedelsavvikelser och lagt till en ruta som personal kan kryssa gällande att Omsorgstagare/patient vill ej ta dos.

Rapporteringskyldighet Lex Maria

Avvikelsehanteringen utreds i teamet och omfattningen på utredning beror på händelsen karaktär. En avvikelse gällande förväxling av läkemedel föranledde en internutredning och åtgärdsplan togs fram.

Mått	Utfall
Antal anmälningar Lex Maria	—

Läkemedel Hälso- och sjukvårdsteam LSS

Antalet patienter där sjuksköterska från teamet ansvarar för läkemedelshandlingen fortsätter att öka.

APO-dos levereras som tidigare till teamets lokal, kontrolleras och lämnas ut till patient. Kontroll av narkotika sker 1 gång/mån av sjuksköterska.

Sjuksköterskorna i teamet förbereder läkemedelsgenomgångar genom att använda PHASE 20 vilket ger en god grund för läkaren inför genomgången.

Läkemedelshandling	2016	2017	2018	2019	2020
Övertagit läkemedelsansvar	40	45	64	78	88
APO-doser	38	38	43	44	45
Dosetter	7	10	19	22	25
Läkemedelsgenomgångar	0	20	20	22	24

Antalet läkemedelsgenomgångar har ökat något under 2020. Att genomgångarna skett trots ett speciellt år är på grund av ett mycket gott samarbete mellan HSL teamet och en hemsjukvårdsläkare som är ansvarig för patienter som är listade på Solna centrums och Hagalund Frösunda vårdcentral. Teamets bristande möjlighet till kontinuerligt samarbete med vårdcentralernas läkare är en bidragande orsak till att läkemedelsgenomgångar inte sker i tillräcklig utsträckning för patienter som är i behov av genomgång och listad på annan vårdcentral. Pandemin och låg sjuksköterskebemanning har gjort att teamet inte kunnat arbeta med att förbättra detta samarbete under 2021.

Kontakt kommer på nytt tas med aktuella vårdcentraler under andra halvåret 2021 för att få försöka få till en bättre form för samverkan i form av regelbundna patientgenomgångar på vårdcentralerna.

Kontroll av narkotiska preparat sker enligt rutin.

Alla grupp/servicebostäder har lokal rutin för läkemedelshandling.

Dokumentation

Journalgranskning

Journalgranskningen 2021 var precis som 2020 inriktad på nyinflyttade patienten för att säkerställa inskrivningsprocessen.

Dokumentationsgranskningen visar att ID kontroll inte alltid är dokumenterat i journalen vilket varit ett förbättringsområde även vid tidigare granskningar. I 86 % av de granskade journaler finns vårdplaner och uppföljning av åtgärder kopplade till planen dokumenterat. Arbetet med att dokumentera vårdplaner och följa upp förbättrades redan under 2020 och har fortskridit under 2021. I alla granskade journaler finns samtycke gällande informationsöverföring till andra vårdgivare dokumenterat. Kollegialgranskning har genomförts under året för att upptäcka och åtgärda brister i dokumentationen.

I alla granskade journaler fanns kontaktuppgifter till anhörig/godman/förvaltare.

Dokumentation och samsyn gällande sökord i journalsystemet är ett utvecklingsområde för verksamheten under

2022.

Informationssäkerhet

Utbyte av information mellan vårdinrättningar sker fortfarande till viss del via fax. Faxen förvaras i ett låst rum dit obehöriga ej har tillträde.

Rutin för driftstopp finns i verksamheten

Loggkontroll av dokumentationen

Loggkontroll sker regelbundet då personalen i verksamheten har läsbehörighet i Take Care. Skriftlig rutin gällande loggkontroller finns. Ingen obehörig åtkomst har skett under 2021.

Delegering LSS

Varje vecka finns en fast tid för personal att komma till teamets lokaler för att få delegeringsutbildning av sjuksköterska. Teamet har tidigare år varit ute på APT och i samband med detta utbildat och förlängt delegeringar men denna möjlighet har även under 2021 till viss del begränsats med anledning av pandemin.

Antal delegeringar har ökat år från år till följd av att fler grupp/servicebostäder startat vilket leder till ökat antal tillsvidareanställda och vikarier. Under 2021 har 208 delegeringar skrivits vilket kan jämföras med 224 stycken under 2020 och delegeringar skett vilket kan jämföras med 203 delegeringar 2019.

Under 2021 har sjuksköterskebemanningen i verksamheten ökat vilket möjliggör bättre uppföljning av givna delegeringar.

Delegering av enklare hälso- och sjukvårdsuppgifter

En indragning av delegering har skett under 2021 kopplat till att personal givit läkemedelsdos utan ordination.

Mått	Utfall
Antal indragna delegeringar	1

Hygien och smittskydd

Följsamhet till basala hygienrutiner, användandet av skyddsutrustning, åtgärder för att minska smittspridning, smittspårning och vaccinationer mot covid -19 har varit i fokus både i HSL teamet och på grupp och servicebostäder under 2021.

Alla grupp/servicebostäder har genomfört regelbundna uppföljningar i verksamheterna gällande basala hygienrutiner och smittförebyggande åtgärder. Grupp/servicebostäderna har under 2021 fortsatt att arbeta aktivt med utbildningar till personalen via webbutbildningar, genomgångar på möte och praktiska övningar. Alla grupp och servicebostäder har också rutiner för att säkerställa tillgång till skyddsutrustning.

Under 2021 deltog LSS verksamheterna för första gången i punktprevalensättning PPM gällande basala hygienrutiner via SKR. Precis som för särskilda boenden för äldre finns utmaningar främst gällande handsprit innan patientnäraarbete. LSS verksamheterna har via HSL teamet fått möjlighet att använda hygienbox för att på ett pedagogiskt sätt visa på vikten av att handdesinfektion sker och sker på rätt sätt. Detta arbete kommer fortskrida under 2022.

I alla grupp/servicebostäder använder personalen kläder som bara används på arbetet och som tvättas i verksamheten. Pandemin har påskyndat verksamheternas arbete med att fullt ut följa föreskriften gällande basala hygienrutiner.

HSL teamet använder arbetskläder och har cirkulationstvätt.

Vårdprevention Hälso- och sjukvårdsteam LSS

I Humaniora hälso- och sjukvårdsteam arbetar olika kompetens tillsammans för att förebygga fall, trycksår,

felnäring och andra risker som identifierats. Teamet har tät kontakt med personalen på verksamheterna och riskbedömningar sker vid behov. Teamet har regelbundna teammöten för att gå igenom insatser och följa upp insatta åtgärder.

Fall

Antal fall har minskat under 2021. Detta kan till viss del förklaras av att patienter som tidigare ofta föll under året har fått en minskad rörelseförmåga vilket minskat risken för fall. Teamet analyserar inkomna avvikelser om fall och avvikelserna följs upp av arbetsterapeut och fysioterapeut.

Nutrition

Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS arbetar nära personalen i verksamheten vid problem med under -eller felnäring. Vid behov kopplas dietist in via primärvårdrehab. Arbetet med att använda Senior alert i arbetet med riskbedömning för att identifiera felnäring behöver utvecklas.

Trycksår

Under 2021 har ett trycksår uppkommit vilket har registrerats som kategori 1.

Munhälsa

Under uppföljning 2020 uppgav verksamheterna att 48 omsorgstagare är i behov av stöd vid munvård/tandvård. 31 omsorgstagare har tackat ja till munhälsobedömning, 22 personal har fått utbildning via avtalet som Regionen har med tandvårdsföretag som ansvarar för munhälsobedömning vilket är en markant ökning från de sex som deltog i utbildning 2019. Majoriteten av målgruppen har upparbetade kontakter med tandhälsovården.

Senior alert

Att arbeta mer strukturerat med Senior alert har varit ett förbättringsområde för teamet under året.

Under 2021 har teamet fortsatt sitt arbete och antalet riskbedömningar som är genomförda enligt strukturen från Senior alert har ökat från två 2020 till åtta 2021 men på grund av tekniska svårigheter har inte riskbedömningarna och åtgärderna kunnat registreras i systemet.

Att använda Senior alert i arbetet med att riskbedöma, åtgärda och följa upp risker ger en struktur i arbetet och ger en tydlig översikt och kommer vara ett fortsatt utvecklingsarbete.

Mått	Utfall
Andel med risk och planerad åtgärd	—

Tidiga tecken

HSL teamet har under 2021 fortsatt arbeta med kartläggningsinstrumentet Tidiga tecken i samverkan med personal från grupp/serviceboenden. Tidiga tecken används för att uppmärksamma tillkommande kognitiva funktionsnedsättningar till exempel demens hos patienter med Down syndrom. I kartläggningen bedöms bland annat kognitiva funktioner, praktiska och sociala färdigheter. Genom att jämföra resultaten över tid kan man tydligare upptäcka förändringar som kan vara tecken på demenssjukdom. Tidiga tecken har utvecklats för att skapa goda rutiner för att i ett tidigare skede upptäcka tecken på försämrade funktioner och sjukdomar hos vuxna och äldre personer med utvecklingsstörning. 2021 genomfördes sex kartläggningar via Tidiga tecken vilket kan jämföras med tre 2020.

Inkontinens

Förskrivning av inkontinensprodukter sker individuellt och i samverkan med patienten, sjuksköterskorna från HSL-teamet och personalen på grupp/servicebostäderna.

Rehabilitering Hälso- och sjukvårdsteam LSS

I HSL-teamet finns en arbetsterapeut (80%) och en fysioterapeut (20 %) som utför funktionsbedömningar, sätter in åtgärder och följer upp i samråd med patient och i samverkan med personalen på grupp- /servicebostäder.

HSL-teamet utbildar och stöttar personal i att stödja den enskilde i aktuella insatta åtgärder. Teamet handleder grupp- och servicebostädernas personal gällande förflyttningsteknik i individärenden.

Vid uppföljning hade 18 omsorgstagare pågående träningsinsats initierad av fysioterapeut. Arbetsterapeut och fysioterapeut samverkar med habiliteringen i individärenden 2 gånger/år samt vid behov .

Medicintekniska produkter MTP Hälso- och sjukvårdsteam LSS

Ingen avvikelse gällande medicintekniska produkter har skett under 2021.

Individuellt förskrivna hjälpmedel förekommer i 8 av 15 verksamheter. Förskrivna hjälpmedel följer upp regelbundet av HSL-teamet.

Rutiner för kontroll och registrering av MTP finns i alla verksamheter där detta är aktuellt utom en.

Riskanalys

Analys av risker ingår i Socialstyrelsen föreskrift om ledningssystem SOSFS 2011:9 och är ett arbete som syftar till att vidta förebyggande åtgärder.

Under 2021 har riskanalyser kopplat till pandemin genomförts till exempel inför öppnandet av dagverksamheter och restauranger.

Utbildning

Utbildning som anordnats under 2021

- Föreläsningar för sjuksköterskor gällande äldre och diabetes
- Visam utbildning och klinisk bedömning för sjuksköterskor.
- NVP utbildning i samverkan med Palliativt utvecklingscentrum i Lund.

Nätverksträff för palliativa ombud och paramedicinskpersonal på säbo har genomförts under året. Kontinuerliga nätverksträffar med chefer på säbo har skett regelbundet under året.

14 instruktörer har utbildats för att i samverkan med projektledare för Metodikum anordna utbildningar för medarbetare. Detta träningscentrum är en specialutrustad enhet som erbjuder simulering och träning i kliniska och kommunikativa färdigheter och en möjlighet för personal att träna på metoder och färdigheter. Detta är ett steg i att öka kompetensen och möta upp reformen God och nära vård.

Flera sjuksköterskor har deltagit på uppdragsutbildningar via Ersta Sköndal Bräcke högskola och Sophiahemmet högskola. Två sjuksköterskor har under året påbörjat sin specialistutbildning inom vård av äldre.

Personal i verksamheterna har under året istället för fysiska utbildningar genomfört webbutbildningar till exempel via Palliativt kunskapscenter, Socialstyrelsen, Vårdhygien, och deltagit på webbföreläsningar och seminarium.

Plan för utbildning och nätverksträffar under 2022

- Utbildning i klinisk bedömning och beslutsstöd - Visam för sjuksköterskor
- Utbildning gällande decubitusmadrasser (trycksårsbehandlande) via Sodexo
- Sårvårdsutbildning för sjuksköterskor
- Nätverksträffar för palliativa ombud och paramedicinsk personal.
- Utbildningar via Palliativt kunskapscentrum, PKC

Mål och strategier för kommande år

Omvårdnadsnämndens två av fyra övergripande mål för 2022 kan kopplas till nämndens hälso- och sjukvårdsansvar som huvudman och vårdgivare. Dessa mål är att:

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

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

Även under det gångna året har pandemin och arbetet med detta varit i fokus. Således kvarstår de flesta mål från 2021 även under 2022 då begränsad möjlighet har funnits för att fokusera på dessa områden under pandemin.

Riskbedömningar i Senior alert med åtgärder och uppföljningar och att dessa dokumenteras i samband med inflytt, var 6:e månad samt vid behov är ett fortsatt mål för både vård- och omsorgsboende och Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS.

I månadsenkät till säbo kommer dokumentationen i samband med inflytt gällande riskbedömningar och åtgärdsplan kopplade till dessa att fortsatt vara i fokus.

Med anledning av det försämrade resultatet kopplat till nattfasta kommer uppföljning ske även under 2022 och behov av utbildningsinsatser ses över i samverkan med verksamheterna och utifrån stadens kompetensstrategi.

Arbetet med att utveckla användningen av BPSD registret i verksamheterna kommer följas upp under året.

Under 2022 kommer samverkansöverenskommelserna med läkarorganisationerna justeras och behovet av ökad tillgängligheten som lyfts i uppföljningen följas upp.

Under 2022 är målet att fortsätta utvecklingen av den palliativa vården och användandet av Nationell vårdplan för palliativ vård, NVP på vård- och omsorgsboenden. Målet att öka antalet smärtskattningar sista levnadsveckan som registreras i svenska palliativ registret och att förbättra de övriga kvalitetsindikatorerna.

För Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS är målet för 2022 blanda annat att fortsätta utveckla samverkan med vårdcentralerna.

Ett mål är också att Metodikum fortsätter att utvecklas och att utbildade instruktörer stötts i det fortsatta arbetet.

Under 2022 kommer fokus även ligga på verksamheternas utbildning gällande lyftar och säkra förflyttningar med lyft vilket kommer följas upp månadsvis av MAR.

Under 2022 kommer MAR utifrån sin roll arbeta med utökad samverkan mellan primärvårdsrehab och korttidsavdelningarna på Skoga och Polhemsgården.



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-02-16
ON/2022:21

Avtalsuppföljning av hemtjänstutförare med högst 10 kunder år 2021

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2021.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen har under 2021 omfattat sju verksamheter med totalt cirka 45 solnabor.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, dokumentationsgranskning samt intervju av verksamhetschef, andra ledningsfunktioner samt medarbetare vid platsbesök som metod för uppföljning. Kunder har intervjuats via telefonsamtal. Under intervjun har verksamhetschefen givits möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten. Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden september till februari 2021.

Uppföljningarna visar att det finns ett nära ledarskap i verksamheterna och implementerade metoder kring introduktionen av nya medarbetare. Arbetssätten med kontaktmannaskap är kända bland såväl medarbetare som kunder. Generella utvecklingsområden som identifierats under uppföljningarna är delar av det systematiska kvalitetsarbetet, bland annat hur det dokumenteras, samt hur verksamheterna arbetar med social dokumentation. 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

Avtalsuppföljningar av hemtjänstutförare med högst 10 kunder år 2021

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Emma Edling
Kvalitetsutvecklare



Bakgrund

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra uppföljningar av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter.

Uppföljningar görs i alla verksamheter oavsett om de är drivs i privat regi eller i stadens egen regi. Resultatet från uppföljningarna visar hur kvaliteten utvecklas i verksamheterna och vilka utvecklings- och förbättringsområden som finns inom respektive verksamhet. Uppföljningarna syftar även till att identifiera goda exempel på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till godo.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

FÖRETAG MED HÖGST 10 KUNDER



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra uppföljningar av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. 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 på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till gagn.

Avtalsuppföljningen har under 2021 omfattat 13 hemtjänstverksamheter. Avtalsuppföljningarna för verksamhetsområde hemtjänst är uppdelad i två grupper: Företag med fler än 10 kunder och företag med högst 10 kunder. Denna rapport handlar om de företag som har högst 10 kunder och är följande verksamheter: AB Vesta Care, Alfahemtjänst, Bäst Omsorg, Mångkulturell hemtjänst, Olir, Omsorgsjouren samt Sagac. Urvalet av verksamheter att följa upp för året har varit samtliga verksamheter som utför hemtjänst i Solna. Samtliga verksamheter drivs utifrån avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV).

Tillvägagångssätt och metod

År 2021 genomfördes en uppföljning som omfattade granskning och genomgång av nio kriterier; ledning och organisation, personal och utbildning, samverkan, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, social dokumentation, självbestämmande och integritet, bemötande och anhörigstöd, säkerhet samt ekonomisk kontroll. Verksamheten har fått svara på en enkät som innehöll frågor kring dessa områden. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamheternas svar på enkät och dokumentationsgranskning gjort platsbesök och intervjuat verksamhetschef, andra funktioner i ledning, medarbetare och kunder. Granskning av social dokumentation har genomförts i samtliga verksamheter.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att inkomma med utvecklingsplaner som ska beskriva hur man tänkt arbeta utifrån identifierade utvecklingsområden.

Sammanfattande bedömning

Det framgår tydligt av årets avtalsuppföljningar att samtliga verksamheter har kunden i fokus. Genom intervjuer med såväl ledning som medarbetare är engagemanget i uppdraget en gemensam nämnare. I alla verksamheter finns ett nära ledarskap och av samtliga intervjuer med chefer, medarbetare och andra nyckelpersoner i verksamheterna framkommer att de - vid behov - har en daglig tät dialog om hur arbetet fortlöper. Trots hemtjänstens förutsättningar, som i regel är ensamarbete, uppger medarbetarna att samarbetet kollegor och ledning emellan fungerar väl och att stödet från dessa är ett telefonsamtal bort.

Starka områden generellt sett är självbestämmande och integritet, bemötande och anhörigstöd, säkerhet och ekonomisk kontroll vilket ger förutsättningar för insatser av god kvalitet över tid.

Områden där det finns utvecklingspotential är ledning och organisation, personal och utbildning, samt samverkan. Behovet av utveckling inom dessa områden består främst av att förbättra dokumentationen och uppföljningen av redan pågående aktiviteter och arbete. Introduktionen av nya medarbetare förs på ett systematiskt sätt i verksamheterna utifrån rutiner och checklistor. Uppföljning av introduktionen sker och dokumenteras i de flesta fall. Intern och extern samverkan är en förutsättning för insatser av god kvalitet. Av avtalsuppföljningarna framgår att samverkan sker, men att rutinerna behöver bli tydligare för att säkra arbetet. Samverkan mellan natt och larm och utförarna av hemtjänst är ett identifierat utvecklingsområde som omvårdnadsförvaltningen i samverkan med berörda aktörer kommer revidera rutinen för under 2022.

Förbättringsområden som identifierats är inom områdena ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och social dokumentation. Till grund för kraven som ställs inom dessa områden ligger föreskrifter med omfattande krav och visst tolkningsutrymme för hur man i praktiken ska tillämpa reglerna. Omvårdnadsförvaltningen kommer att arbeta mot en samsyn kring tillämpningen av dessa och stötta de verksamheter som har utmaningar inom dessa områden.

Verksamheternas kvalitetsarbete pågår dagligen. Många aktiviteter utförs, såsom egenkontroller och riskanalyser, och många händelser hanteras - exempelvis synpunkter, klagomål och avvikelser. Utmaningen för flera verksamheter ligger i att dokumentera arbetet för att på så sätt hitta den röda tråden i kvalitetsarbetet. De förbättringsområden som identifieras kan förhoppningsvis hjälpa verksamheterna i arbetet framåt.

Ett gemensamt område där behov av utveckling finns är social dokumentation. Området är komplext och många

av de medarbetare som arbetar i hemtjänsten har inte svenska som modersmål, vilket kan försvåra dokumentationen. Det pågår en pilotsatsning inom yrkessvenska och omsorgskunskap. Om utvärdering av satsningen visar positiv utveckling kan omvårdnadsförvaltningen erbjuda fler medarbetare att ta del av den. Detta i kombination med att samtliga utförare arbetar med att höja kompetensen inom området bedöms att på sikt kunna bidra till utveckling inom social dokumentation.

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	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
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Hot och våld
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.




























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.














Bedömning

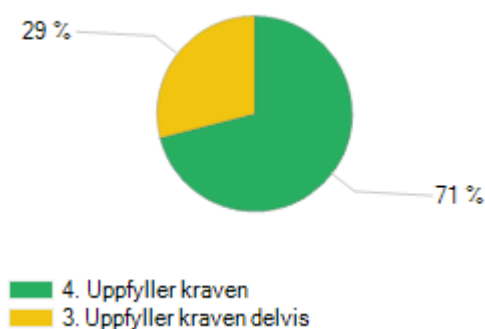
Område	Resultat 2020		Resultat 2021	
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	71 (%)
			 3. Uppfyller kraven delvis	29 (%)
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	29 (%)
			 3. Uppfyller kraven delvis	71 (%)
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	29 (%)
			 3. Uppfyller kraven delvis	71 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4. Uppfyller kraven	86 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)		
Social dokumentation	 4. Uppfyller kraven	71 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	29 (%)		
Självbestämmande och integritet	 4. Uppfyller kraven	100 (%)	 4. Uppfyller kraven	86 (%)
			 3. Uppfyller kraven delvis	14 (%)

Område						
Bemötande och anhörigstöd		4. Uppfyller kraven	100 (%)		4. Uppfyller kraven	100 (%)
Säkerhet		4. Uppfyller kraven	100 (%)		4. Uppfyller kraven	57 (%)
					3. Uppfyller kraven delvis	43 (%)
Ekonomisk kontroll		4. Uppfyller kraven	100 (%)		4. Uppfyller kraven	100 (%)

Schematisk sammanställning över samtliga verksamheter som följts upp 2021.

	Alfa hem-tjänst	Mång-kulturell hem-tjänst	Bäst om-sorg	Olir	Om-sorgs-jouren	Sagac	Vesta Care	SUMMA
Ledning & organisation	 3.	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 3.	26
Personal & utbildning	 3.	 3.	 3.	 3.	 4.	 4.	 3.	23
Samverkan	 3.	 3.	 3.	 3.	 4.	 4.	 3.	23
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 3.	 3.	 3.	 3.	 3.	 3.	 3.	21
Social dokumentation	 3.	 3.	 3.	 3.	 3.	 3.	 3.	21
Själv-bestämmande & integritet	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 3.	27
Bemötande & anhörigstöd	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	28
Säkerhet	 4.	 4.	 3.	 4.	 4.	 3.	 3.	25
Ekonomisk kontroll	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	 4.	28
SUMMA	31	32	31	32	34	33	29	

Ledning och organisation

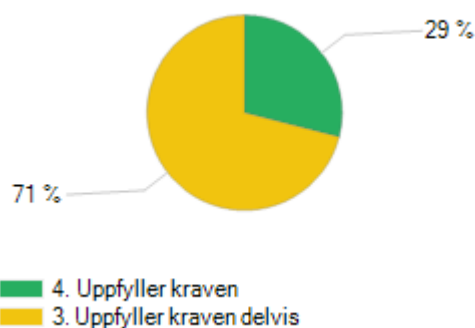


Samtliga verksamheter leds av chefer som har den utbildning och/eller den erfarenhet som avtalet kräver. Ledning finns tillgänglig för medarbetarna mellan klockan 7.00 och klockan 22.00 då verksamheterna bedrivs och rutiner finns för ersättare vid verksamhetschefs frånvaro. Alla verksamheter har en organisation som ger förutsättningar för ett nära ledarskap.

I alla verksamheter finns en anpassad mötesstruktur. I stort sätt alla verksamheter protokollför mötena och följer upp de beslut som fattas.

Verksamheter som drivs i privat regi har aktuellt tillstånd från IVO. En utförare behöver anmäla namnändring till IVO och begära ett nytt tillståndsbevis.

Personal och utbildning

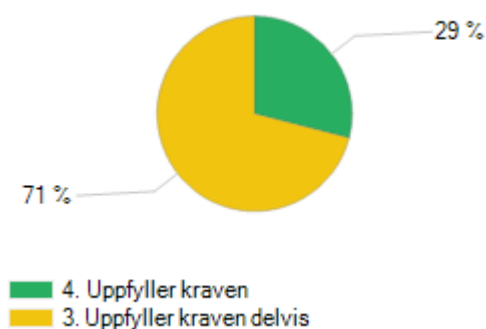


Verksamheterna har rutiner och arbetssätt för att säkerställa bemanningen.

Alla verksamheter har en rutin för introduktion av nya medarbetare och en checklista som stöd vid introduktionen. Introduktionen följs i regel upp, vilket också dokumenteras. Några av verksamheterna behöver förbättra detta arbete genom att systematisera sina arbetssätt.

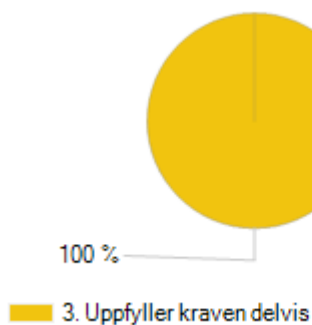
I verksamheterna har man arbetssätt för att identifiera behov av kompetensutveckling. Alla verksamheter har dokumenterat behovet i en generell kompetensutvecklingsplan, och de flesta utförare har upprättat individuella kompetensutvecklingsplaner för sina medarbetare. Några av verksamheterna behöver förtydliga den generella kompetensutvecklingsplanen med exempelvis deltagare och konkret tidsplan.

Samverkan



Samtliga utförare har upprättade rutiner för intern och extern samverkan. Det finns förbättringspotential gällande tydlighet i rutinerna om vem som ansvarar för vilken typ av samverkan, hur detta ska gå till och hur ofta. Ett utvecklingsområde är också att få med samtliga delar av intern samverkan, samt alla externa samverkansparter.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

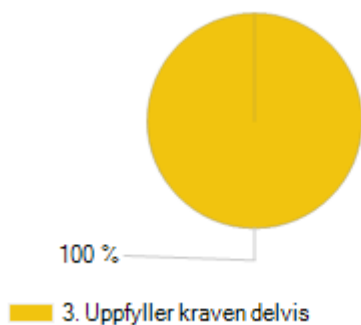


Samtliga verksamheter har rutiner framtagna för medarbetarna som stöd för att följa ledningssystemet. Implementeringen av detta arbete har sin start i introduktionen och uppföljningen av introduktionen. Rutiner aktualiseras därefter löpande på APT, medarbetarsamtal och på dagliga avstämningar då situationen så kräver.

Utförarna analyserar risker i verksamheten och utför egenkontroller av olika områden för att säkerställa följsamheten till lagar och riktlinjer. Dokumentationen av detta arbete behöver utvecklas. Insatta åtgärder måste följas upp för att det ska ges möjlighet att utvärdera om dessa givit effekt.

Alla utförare har arbetssätt och rutiner samt ett nära ledarskap som möjliggör medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet. Intervjuade medarbetare upplever att de är delaktiga i kvalitetsarbetet och att de kan påverka utvecklingsarbetet.

Social dokumentation



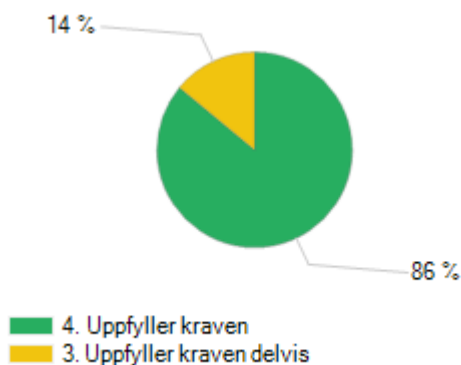
Social dokumentation är ett utvecklingsområde av varierande grad för samtliga utförare av hemtjänst. I verksamheterna upprättas genomförandeplaner tillsammans med kund, vilket stärker kundernas delaktighet och inflytande över planeringen av insatserna. Utförarna uppger att det är en utmaning att använda genomförandeplanen som ett arbetsverktyg till följd av dess struktur i Lifecare utförare.

I stort sett samtliga verksamheter för social journal. Överlag finns utvecklingspotential gällande frekvens och innehåll i den sociala journalen.

Egenkontroll av social dokumentation genomförs i verksamheterna med varierat intervall. Egenkontrollerna behöver utformas på sådant sätt att bristande följsamhet mot gällande riktlinje identifieras. Verksamheterna behöver även dokumentera de åtgärder som sätts in, samt följa upp dessa huruvida de givit önskad effekt.

Samtliga verksamheter behöver göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

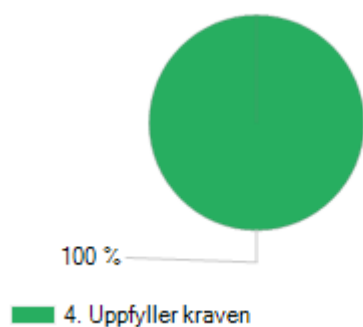
Självbestämmande och integritet



I stort sett alla utförare uppfyller kraven inom självbestämmande och integritet. En verksamhet behöver förtydliga rutinen gällande kontaktmannaskap. I övrigt bedöms rutiner och arbetssätt vara väl förankrade avseende kontaktmannens ansvar, informationsöverföring till kund både i uppstart av hemtjänst samt löpande under den tid insatserna pågår.

Intervjuade medarbetare bedöms ha god kännedom om aktuella rutiner och arbetssätt för området.

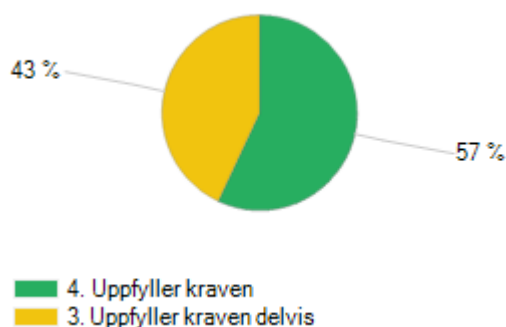
Bemötande och anhörigstöd



Verksamheternas arbete med bemötandefrågor har sin början i introduktionen av nya medarbetare. Därefter sker dialogen kring dessa frågor på formella möten som APT, men kan också ske vid informella dagliga samtal. Utförarna lutar sig mot den nationella värdegrunden, företagets egna bemötandepolicys och/eller Solna stads kvalitetsdeklaration i dessa frågor.

Alla utförare har arbetssätt för hur de fångar upp anhöriga och arbetar med anhörigstöd. Samtliga verksamheter har rutin för anhörigstöd.

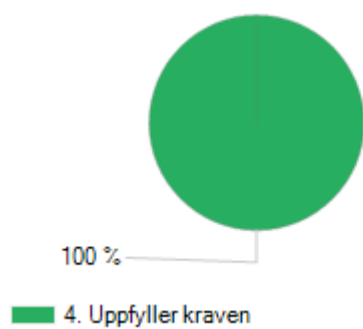
Säkerhet



Samtliga utförare har rutiner och arbetssätt för de delområden som rymms inom säkerhet; tystnadsplikt och sekretess, nyckelhantering, privata medel och hot och våld.

De utförare som är delvis godkända kan ha behov av att förtydliga eller implementera sina lokala rutiner. Intervjuad personal bedöms överlag ha god kännedom om de rutiner som finns inom området.

Ekonomisk kontroll



Samtliga verksamheter uppfyller kraven för godkänt gällande ekonomisk kontroll, med delområdena kreditvärdighet och skattekontroll.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

ALFAHEMTJÄNST



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Alfahemtjänst har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 mars 2017. Vid uppföljningstillfället hade verksamheten tre kunder i Solna. Alfahemtjänst är också verksam på Östermalms stadsdelsförvaltning i Stockholms stad. Kontoret finns beläget på Gyllenstiernsgatan i Stockholm, och medarbetarna i Solna har en lokal på Hagalundsgatan.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning samt intervju med verksamhetschef och en medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket. Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 8 februari 2021. Vid tiden för avtalsuppföljningen fanns ingen möjlighet att intervjua någon av kunderna som valt Alfahemtjänst som utförare av hemtjänst.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamhetens kontor finns beläget på Gyllenstiernsgatan i Stockholm, och för medarbetarna i Solna finns en lokal att tillgå på Hagalundsgatan. Alfahemtjänst leds av verksamhetschef som är utbildad undersköterska och lärare, med mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom hemtjänst och service. Ledarskapet är nära verksamheten.

Kundfokus och engagemang i verksamheten är starkt från såväl ledning som medarbetare. Ledningen är tillgänglig för kunder, anhöriga och medarbetare under den tid då verksamhet bedrivs. Personalkontinuiteten är hög.

Av årets avtalsuppföljning har utvecklingsområden identifierats gällande social dokumentation och delar av det systematiska kvalitetsarbetet. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortflöpt i samband med nästa års 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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2021
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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 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

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten behöver protokollföra APT-möten och förvara dessa tillgängliga för medarbetare.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	APT-protokoll

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Rutinen för extern samverkan och intern samverkan behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla rutin extern samverkan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla rutin intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två av tre delområden.

Verksamheten behöver rapportera och dokumentera avvikelser samt förtydliga dokumentationen av riskanalys. Datum för senaste revidering av rutiner ska framgå av dokumenten.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Datum reviderade rutiner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rapportera och dokumentera avvikelser
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation riskanalys


Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Genomförandeplanerna behöver utvecklas och den sociala journalen ska föras i enlighet med Solna stads riktlinjer. Verksamheten behöver göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används och göra egenkontroll av social dokumentation i enlighet med riktlinjerna.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll

Självbestämmande och integritet

-  4. Uppfyller kraven

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

Bemötande och anhörigstöd

-  4. Uppfyller kraven

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

Säkerhet

-  4. Uppfyller kraven

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




Ekonomisk kontroll

-  4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven.



Underlag bedömning

Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov  2. Delvis godkänd	Verksamheten har en anpassad mötesstruktur. Verksamhetschef och/eller samordnare träffar medarbetarna för daglig avstämning morgon och eftermiddag. En gång per vecka träffas arbetsgruppen och har ett eftermiddagsmöte där man följer upp hur arbetet fungerar. Varje månad hålls arbetsplatsträff (APT) för samtliga medarbetare. Beslut som fattas följs upp utifrån en åtgärdslista. Verksamheten behöver protokollföra APT-möten och förvara dessa tillgängliga för medarbetare.
Verksamhetens organisation och ledning  3. Godkänd	Verksamheten leds av verksamhetschef som är utbildad undersköterska och lärare. Samordnare är utbildad undersköterska och är den som ersätter verksamhetschef vid frånvaro. Det finns implementerade arbetsätt som säkerställer kvaliteten i verksamheten trots verksamhetschefs frånvaro. Arbetsledning finns att tillgå under den tid då verksamheten bedrivs.
IVO-tillstånd  3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns och verksamhetschef anges som föreståndare i detta.

Personal och utbildning




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

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. Introduktionen hålls av verksamhetschef och följs upp genom samtal med medarbetare inom en månad och därefter årligen, vilket dokumenteras. Medarbetaren skriver under tystnadsplikt och information om rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah. I samband med introduktionen får medarbetaren med sig skriftlig information om verksamheten och rutiner.
Kompetensutveckling  2. Delvis godkänd	Verksamheten bedöms ha en struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov. Av de medarbetare som arbetar i Solna har 75% av medarbetarna undersköterskeutbildning. Det finns en generell kompetensutvecklingsplan upprättad i verksamheten, och ordinarie medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas med uppföljning av planerade utbildningar, samt vilka medarbetare som deltagit i respektive utbildningssatsning.


Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan  2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för extern samverkan. Rutinen behöver uppdateras så att det framgår vem som ansvarar för vilken typ av samverkan, vilka som ska delta och när samverkan ska ske alternativt med vilket intervall.
Verksamhetens interna samverkan  2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för intern samverkan. Rutinen behöver uppdateras så att det framgår vem som ansvarar för vilken typ av samverkan, vilka som ska delta och när samverkan ska ske alternativt med vilket intervall.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	Medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet, vilket sker dels informellt i dagliga samtal (förbättringsarbete och förslag), dels mer strukturerat i mötesforum då de gemensamt arbetar med specifika frågor. Medarbetare som intervjuats beskriver hur hantering av avvikelser, synpunkter och klagomål går till och att återföring till medarbetare sker på APT.
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner för hur man arbetar med avvikelser, synpunkter och klagomål. I samband med introduktion av nya medarbetare ges information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Därefter lyfts frågan minst en gång per år i samband med uppföljningen av introduktionen. Av intervju med medarbetare framgår att rapporteringsskyldigheten är känd. Då antalet inrapporterade avvikelser är få finns inte förutsättningar för att bedöma huruvida kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade avvikelser.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	Verksamheten har en struktur för hur man arbetar med kvalitetsutveckling. Verksamheten har utarbetat rutiner utifrån behov, dessa revideras en gång per kvartal eller då behov uppstår. I samband med introduktionen får medarbetaren ta del av ledningssystemet och rutiner, dessa förankras därefter löpande på APT och då de aktualiseras. Egenkontroller och riskanalyser genomförs med regelbundenhet. Återkoppling sker till medarbetare på APT och på morgon-, kvälls-, eller veckomöten. Det behöver framgå av rutinerna när den senaste revideringen gjorts. Av riskanalysen ska det framgå vem som deltagit i upprättandet, datum då analysen gjorts, samt uppföljning och ansvarig för åtgärd.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	Samtliga kunder uppges ha en genomförandeplan. Av granskningen framkommer att mål finns beskrivna för respektive insatser. Det framgår av genomförandeplanen att den enskilde varit delaktig i upprättandet, samt datum för uppföljning.

Delområde	Kommentar
	Av genomförandeplanen ska det även framgå på vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Beskrivning om hur insatsen ska utföras behöver utvecklas, liksom när och av vem.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Av de journaler som granskats går att utläsa avvikelser från genomförandeplanen. I journalerna finns anteckningar om händelser av betydelse. Språkbruket är genomgående respektfullt. Det framgår inte av social journal när en ny beställning mottagits, och det saknas journalanteckning när genomförandeplan har upprättats. Journalanteckningar ska föras med regelbundenhet, långa intervall mellan journalanteckningar har observerats.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation, men avvikelser som identifierats i samband med granskningen har inte uppmärksammats i denna. Verksamheten behöver genomföra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för kontaktmannaskap där kontaktmannens ansvar framgår. Arbetet med kontaktmannaskap är väl förankrat i verksamheten, vilket även framgår av intervju med medarbetare. Samtliga kunder har en utsedd kontaktman. Kunden informeras om rätten att byta kontaktperson. Verksamhetschef följer upp arbetet hos kund och får då information om hur kontaktmannaskapet fungerar.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för mottagande av ny kund. Vid välkomstbesöket får nya kunder en pärm av verksamhetschef med väsentlig information om verksamheten. Där finns även blankett för klagomål och synpunkter, Solna stads kvalitetsdeklaration, samt kontaktuppgifter till verksamheten. Kunderna får information om förändringar i verksamheten via telefonsamtal från ledning och kontaktperson. Vid större förändringar informeras kunderna skriftligt. Verksamhetschef besöker kunderna en gång per månad för att följa upp hur kunden upplever att insatserna fungerar.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	I verksamheten går man igenom Solna stads kvalitetsdeklaration i samband med introduktionen av nya medarbetare. I bemötande- och värdegrundsfrågor utgår verksamheten från kvalitetsdeklarationen och företagets bemötandepolicy. Solna stads kvalitetsdeklaration lämnas till kunden i hempärmerna och går igenom vid det första hembesöket.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hur de arbetar med att identifiera behov av och ge stöd till anhöriga.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för hot och våld. Det finns även rutin för att upptäcka våld i nära relationer. Av intervju med medarbetare framkommer att rutinen om hot och våld är känd i verksamheten.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering och kvittenser i de fall kunders nycklar hanteras.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för privata medel och tillämpade arbetssätt.

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I samband med introduktionen får medarbetaren information om vad tystnadsplikten innebär och sekretessförbindelsen skrivs under. Medarbetaren får även med sig skriftlig information om tystnadspliktens innebörd. Av intervju med medarbetare framkommer kännedom om tystnadspliktens innebörd.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar										
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Alfahemtjänst Rating: 76										
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Alfahemtjänst <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Organisationsnummer:</th> <th style="text-align: left;">Enskild firma</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Namn:</td> <td>Nikosjkov, Victoria</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> </tbody> </table>	Organisationsnummer:	Enskild firma	Namn:	Nikosjkov, Victoria	Godkänd för F-skatt:	JA	Registrerad för moms:	JA	Registrerad som arbetsgivare:	JA
Organisationsnummer:	Enskild firma										
Namn:	Nikosjkov, Victoria										
Godkänd för F-skatt:	JA										
Registrerad för moms:	JA										
Registrerad som arbetsgivare:	JA										

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

AB VESTA CARE



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

AB Vesta Care (tidigare Sollentuna omsorg) har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet (LOV) sedan 1 juli 2017. Vid uppföljningstillfället den 16 september 2021 hade verksamheten nio kunder i Solna. AB Vesta Care är också verksam i Sollentuna, Sundbyberg och Järfälla. Kontoret finns på Turebergs allé i Sollentuna, där medarbetarna startar och avslutar sin arbetsdag.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, enhetschef samt medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 16 september 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som valt AB Vesta Care som utförare av hemtjänst. Av intervjun framkommer att kunden är mycket nöjd med insatserna från hemtjänsten och känner sig väl bemött. Kunden uppger sig kunna påverka hur hjälpen ska utföras och har en kontaktperson som oftast är den person som utför insatserna.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Kontoret för verksamheten ligger i rymliga och fräscha lokaler, ändamålsenliga för den verksamhet som bedrivs. Verksamhetschefen har sjuksköterskeexamen och har mångårig erfarenhet av att arbeta som ledare och har engagerade medarbetare. Av intervju med medarbetare och ledning lyfts återkommande teamkänslan på arbetsplatsen, där alla medarbetare utgör en viktig del för helheten. Personalkontinuiteten är hög. Årets avtalsuppföljning visar att verksamheten har en systematik i sitt kvalitetsarbete och delaktiga medarbetare. Arbetet med ständiga förbättringar är integrerat i verksamhetens samtliga delar.

Ett utvecklingsområde som pågår är social dokumentation. De identifierade utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortflöpt i samband med nästa års 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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2021
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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 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 alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten ska upprätta rutin för att säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte. verksamheten behöver också anmäla namnändring till IVO och begära ett nytt tillståndsbevis.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Anmäla namnbyte IVO

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver utvecklas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för extern samverkan behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin för extern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två delområden.

Rutinen för avvikelshantering behöver förtydligas. Datum då rutinerna har reviderats ska framgå av dokumenten.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Datum reviderade rutiner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin avvikelshantering

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Verksamheten behöver säkerställa den sociala dokumentationen i enlighet med riktlinje, samt upprätta rutin för loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin Social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin loggkontroll

Självbestämmande och integritet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för kontaktmannaskap behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydligande rutin kontaktmannaskap

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

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

Säkerhet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för hot och våld måste förtydligas med information om hur medarbetare ska agera i en hot- och våldssituation.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin för hot och våld

Ekonomisk kontroll

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en mötesstruktur anpassad efter verksamhetens behov. Arbetsplatsträffar hålls en gång per månad, 10 ggr/år, utifrån olika teman. Dessa protokollförs och protokollen finns tillgängliga för medarbetare i en pärm på kontoret, samt skickas ut till medarbetare via e-post. Medarbetare berättar att deltagandet är högt på APT och att dessa möten är givande då det sker dialog och erfarenhetsutbyte. Verksamhetschef leder mötet, medarbetare berättar att verksamhetschef lyssnar och vägleder. Ledningsgruppen består av

Delområde	Kommentar
	verksamhetschef, enhetschef och två samordnare. Korta dagliga möten sker mellan personal och ledning, och ledningen emellan. Dessa protokollförs ej.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef har sjuksköterskeexamen och administrativt ansvar omfattande arbetsmiljö, personal, ekonomi och kvalitet. Verksamhetschef ansvarar för och håller i medarbetarsamtal. Enhetschef har undersköterskeutbildning och ansvarar för den operativa ledningen i verksamheten. Enhetschef ersätter verksamhetschef vid kortare frånvaro. I ledningsgruppen ingår två samordnare som stöttar cheferna och har varsitt områdesansvar. Av intervju med medarbetare framgår att ledningsstrukturen är känd i verksamheten. Verksamhetschef och enhetschef finns tillgängliga för medarbetarna via telefon den tid verksamheten bedriver uppdrag.
IVO-tillstånd ◆ 2. Delvis godkänd	Aktuellt IVO tillstånd finns. Tillståndet är giltigt, men verksamheten behöver göra en anmälan till IVO gällande namnbyte samt begära ett nytt tillstånd med det nya namnet på företaget.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	I verksamheten hålls en hög kontinuitet. Medarbetarna arbetar i team bestående av tre personer kring ett visst antal kunder i respektive område, och vid kontaktmannens frånvaro ersätts denne av en kollega i teamet.
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. I verksamheten har man valt ut en namngiven person som bedöms ha den kompetens och det handlag som krävs för att introduktionen ska rusta den nya medarbetaren i uppdraget. Checklista för introduktion finns och används. Nyanställda medarbetare får ett välkomstbrev från verksamhetschef med kontaktuppgifter till verksamheten och de viktigaste rutinerna sammanfattade. Under introduktionen sker löpande dialog mellan handledare och verksamhetschef för vidare planering av introduktionen. Checklistan är utformad utifrån en tidslinje; innan introduktion, första dagen, första veckan och första månaden. Verksamhetschef följer upp introduktionen med den nyanställda medarbetaren vid ett par tillfällen, samt följer upp med brukare hur det fungerar utifrån dennes perspektiv.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling. Arbetet har sin grund i det systematiska kvalitetsarbetet och utifrån arbetet med klagomål, synpunkter och avvikelser identifieras kunskapsluckor. Verksamhetschef framhåller kvalitetsberättelsen som ett verktyg för att identifiera vilken typ av utvecklingsinsats som kan behövas. Utöver detta beaktas medarbetarnas tips och förslag på kompetenshöjande insatser som framkommer via medarbetarsamtal, på APT eller spontant i samtal. Medarbetarna har individuella kompetensutvecklingsplaner och det finns en generell kompetensutvecklingsplan. Av kvalitetsberättelsen framkommer vilka utbildningsinsatser som skett under året och vad som prioriteras för kommande år. Fokus för året har varit undersköterskeutbildningen via Äldreomsorgslyftet samt en pågående satsning i basala hygienrutiner, social dokumentation och förflytningsutbildning. Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver utvecklas så att det går att följa vilken medarbetare som deltagit i respektive utbildningsinsats och vilket datum, samt vad som är planerat framåt i verksamheten.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Det finns en rutin i verksamheten för extern samverkan. Där finns ansvarsfördelning i verksamheten beskriven för vem som deltar i vilken typ av samverkan, samt hur kontaktvägar hålls uppdaterade för samverkan i direkt anslutning till kunden. I rutinen hänvisas medarbetaren till respektive kunds akt för information om hur extern samverkan ska ske.

Delområde	Kommentar
	Något som saknas i rutinen för extern samverkan är hur samverkan sker med närstående och god man samt hur verksamheten samverkar med omvårdnadsförvaltningen i Solna.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en upprättad rutin för intern samverkan. Där framgår struktur för intern samverkan och ansvarsfördelningen funktioner emellan.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Genomgående i verksamhetens rutiner uppmuntras medarbetarna till delaktighet, och i majoriteten av de granskade rutinerna framgår medarbetarens ansvar specifikt i att aktivt delta i utvecklingen av verksamheten och på vilket sätt detta förväntas ske. APT är det mötesforum där medarbetarna får återkoppling på inkomna klagomål, synpunkter och avvikelser. Händelser diskuteras under vägledning av verksamhetschef, vilket framgår av intervju med medarbetare. Medarbetare görs delaktiga i arbetet med riskanalyser, egenkontroller och utredning av avvikelser och klagomål.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en känd struktur för arbetet med avvikelse-, synpunkts- och klagomålshantering. Medarbetarna är vid behov delaktiga i arbetet med att utreda händelser, och återkoppling av dessa sker på APT. Enhetschef eller verksamhetschef återkopplar och följer upp effekten av insatta åtgärder till kund i samband med klagomål och synpunkter. Utfallet från hanteringen av avvikelser, synpunkter och klagomål utgör en grund för behovsinventering gällande kompetensutveckling och revidering av befintliga arbetssätt och rutiner. Av intervju med medarbetare framkommer kännedom om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Medarbetare får information om rapporteringsskyldigheten i samband med introduktionen och skriver under på att de har tagit del av informationen. Information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah finns integrerat i årsplaneringen som åskådliggörs i ett årshjul. Tillämpliga blanketter finns tillgängliga för medarbetare på kontoret. Rutinen för avvikelsehantering behöver förtydligas gällande verksamhetschefens ansvar i processen.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	Genomgående i verksamhetens rutiner är kvalitetshjulet identifierat och väl beskrivet. Systematiken är tydlig och de olika delarna hänger väl samman. Verksamheten gör regelbundna egenkontroller och riskanalyser av identifierade områden, sätter in åtgärder och följer upp effekten av dessa. Medarbetarna involveras i detta arbete i samband med APT, och i vissa fall i analysarbetet. Verksamheten har utarbetat rutiner utifrån behov, och dessa revideras av verksamhetschef regelbundet utifrån årshjulet. Rutinerna finns tillgängliga i en pärm för medarbetarna, och de viktigaste rutinerna får medarbetaren utskrivna i samband med introduktionen. Det behöver framgå av rutinerna när de senast reviderades.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Av granskade akter har samtliga kunder aktuell genomförandeplan som innehåller insatser för samtliga behov som beskrivs i beställningen. Målen för respektive insats är väl formulerade, liksom beskrivningen av hur insatsen ska genomföras. Datum för planerad uppföljning framgår av genomförandeplanen. Av samtliga granskade genomförandeplaner framkommer att den enskilde varit delaktig i upprättandet, däremot framgår det inte på vilket sätt detta har skett. Det behöver även förtydligas när insatsen ska utföras.

Delområde	Kommentar
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Av de granskade journalerna framkommer att intervallet mellan anteckningarna är långa, och det är få journalanteckningar gjorda. Språket är genomgående respektfullt. Vidtagna åtgärder framgår. Verksamheten behöver föra dokumentation när verkställighet påbörjats/avslutats och när genomförandeplan upprättats/följts upp. Ett fåtal värdeord förekommer.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin framtagen för social dokumentation. Av egenkontroller som gjorts i verksamheten gällande social dokumentation framkommer att dokumentationen har förbättrats sedan föregående år. Verksamhetschef berättar att utbildningsinsatser kommer att riktas mot medarbetare som har social dokumentation som identifierat utvecklingsområde. Det som behöver förtydligas i rutinen är var dokumentationen ska ske för kund i respektive kommun då det skiljer sig åt. Skriftlig rutin saknas för loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ◆ 2. Delvis godkänd	Rutin för kontaktmannaskap finns upprättad i verksamheten. Av rutinen framgår kontaktmannens ansvar, och av intervju med medarbetare framkommer att rutinen är implementerad i verksamheten. Vid det första mötet med ny kund informeras kunden om möjligheten att byta kontaktman. Enhetschef kontaktar kunden efter givet intervall och följer upp hur det fungerar med kontaktmannaskapet. På samma sätt följer enhetschef upp med medarbetaren hur kontaktmannaskapet fungerar. Enhetschef eller verksamhetschef följer upp arbetet hos kund genom "spontana" besök hos kund utifrån fastställd checklista. Rutinen behöver förtydligas med hur kontaktmannen ersätts vid frånvaro.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för mottagande av ny kund. Varje ny kund får en pärm med bland annat information om och kontaktinformation till verksamheten och kommunen. I samband med första hembesöket tillfrågas kunden hur kontakten med verksamheten ska gå till och via vilken typ av kommunikationsvägar. Detta framkommer av rutin "Kontakt med kund". Information om exempelvis verksamhetsförändringar på övergripande nivå skickas ut av verksamhetschef per post till samtliga kunder. I verksamheten har man inte generella möten med flera brukare, utan de möten som hålls med kunderna är individuella. Protokoll av dessa möten förs inte, däremot överförs relevant information till genomförandeplanen.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten har en värdegrundspolicy som är känd av medarbetare. På APT aktualiseras värdegrunds- och bemötandefrågor utifrån arbetet med avvikelser, klagomål och synpunkter. Solnas stads kvalitetsdeklaration är integrerad i dokument såsom värdegrundspolicy och styrande rutiner.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för hur man identifierar behov av stöd till anhöriga. Det presenteras för anhöriga vilken hjälp/stöd som finns att få från olika instanser. Kontaktmannen är oftast den person som identifierar behovet.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin för hot och våld som belyser våld i nära relationer. Rutinen måste förtydligas gällande medarbetare som riskerar att utsättas för hot och våld i arbetet.
Nyckelhantering	I verksamheten finns rutiner och arbetssätt samt utrustning för säker

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	nyckelhantering.
Privata medel ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för hantering av privata medel. Denna beskriver arbetet på en generell nivå, och för att komplettera denna finns överenskommelse dokumenterad i genomförandeplanen hur privata medel hanteras.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I samband med introduktionen får den nyanställda medarbetaren information om tystnadsplikten och dess innebörd, samt skriver under dokumentet. Medarbetaren får även rutinen utskriven. Av intervju med medarbetare framgår att tystnadsplikten är väl känd i verksamheten.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	AB Vesta Care Rating 77
Skattekontroll ● 3. Godkänd	AB Vesta Care <hr/> Organisationsnummer: 556843-1521 Namn: Sollentuna Omsorg AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: NEJ Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 okt-21 377 411,00 sep-21 337 316,00 aug-21 337 236,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

BÄST OMSORG



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Bäst Omsorg har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 oktober 2012. Vid uppföljningstillfället hade verksamheten sju kunder i Solna. Bäst Omsorg är även verksam i Sundbyberg och flera stadsdelar i Stockholms stad. Kontoret finns beläget på Spångavägen i Spånga.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, enhetschef och två medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför uppföljningen.

Till följd av pandemin blev planeringen för årets avtalsuppföljning förändrad. Kvalitetsutvecklare gjorde en uppföljning via Teams den 14 december tillsammans med verksamhetschef och kvalitetsansvarig i verksamheten. Denna kompletterades därefter med en uppföljning i verksamheten den 13 januari 2022. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som valt Bäst Omsorg som utförare av hemtjänst. Av intervjun framkommer att kunden är nöjd med hjälpen och bemötandet från hemtjänsten. Resultat från genomförd intervju har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamhetens kontor finns beläget i Spånga, lokalerna bedöms ändamålsenliga för den verksamhet som bedrivs. Bäst Omsorg leds av verksamhetschef med mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom hemtjänst och service, och ledarskapet är nära medarbetarna i verksamheten.

Kundfokus och engagemang i verksamheten är tydligt från såväl ledning som medarbetare, vilket även bekräftas av kund under intervjun. Ledningen är tillgänglig för kunder, anhöriga och medarbetare under den tid då verksamhet bedrivs. Personalkontinuiteten är hög.

Av årets avtalsuppföljning har utvecklingsområden identifierats gällande social dokumentation och delar av det systematiska kvalitetsarbetet. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års 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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och inarbetade arbetssätt.

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom delområdena.

Dokumentationen av introduktion av nya medarbetare behöver förtydligas, liksom den generella kompetensutvecklingsplanen.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga generell kompetensutvecklingsplan
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppföljning av introduktion

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten behöver uppdatera rutinen för extern samverkan.

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

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två av tre delområden.

Verksamheten behöver rapportera och dokumentera avvikelser samt förtydliga dokumentationen av egenkontroll och riskanalys. Rutinen för synpunkts- och klagomålshantering behöver utvecklas. Datum för senaste revidering av rutiner ska framgå av dokumenten.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Datum reviderade rutiner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rapportera avvikelser
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation egenkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin synpunkts- och klagomålshantering
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation riskanalys

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Genomförandeplanerna behöver utvecklas och den sociala journalen ska föras med regelbundenhet. Egenkontrollen ska utgå från riktlinjen. Loggkontroll av behörighet måste göras.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll

Självbestämmande och integritet

 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och arbetssätt.

Bemötande och anhörigstöd

 4. Uppfyller kraven

Verksamheten har rutiner och arbetssätt.

Säkerhet

 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett av fyra delområden.

Verksamheten behöver förankra rutinen för hot och våld bland medarbetarna.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Implementera rutin hot och våld


Ekonomisk kontroll

 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov  3. Godkänd	I verksamheten finns en anpassad verksamhetsstruktur. Morgonmöten hålls dagligen där verksamhetschef eller arbetsledare deltar. Vid samtliga passkiften träffas medarbetarna. Dessa dagliga avstämningar protokollförs ej. APT hålls för alla medarbetare fyra gånger per år (anpassat intervall under

Delområde	Kommentar
	pandemin och när läget tillåter), och däremellan hålls workshop med medarbetarna i både mindre och större grupper. Protokoll från APT förs och finns tillgängliga för dem det berör. Verksamhetschef och administratör/kvalitetsansvarig har regelbundna avstämningar.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamheten leds av verksamhetschef som har mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom verksamhetsområdet. Verksamhetschef är utbildad undersköterska som kompletterat utbildningen med uppdragsutbildningar och kurser relevanta för uppdraget. Verksamhetschef finns tillgänglig för såväl medarbetare som kunder under tid då verksamhet bedrivs. Verksamhetschef har ansvaret för kunder, personal och arbetsmiljö, och är den som håller utvecklingssamtal och lönesamtal med medarbetarna. Det finns en namngiven ersättare vid verksamhetschefens frånvaro, som har funktionen arbetsledare. Ledningsgruppen består av verksamhetschef och administratör/kvalitetsansvarig.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har aktuellt IVO-tillstånd.

Personal och utbildning



Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetschef ansvarar för introduktion av nya medarbetare och är den som går igenom de teoretiska delarna av introduktionen, exempelvis tystnadsplikt, information om rapporteringsskyldighet och så vidare. Dessa dokument skrivs även under av medarbetaren som får med sig skriftlig information om rutiner och arbetssätt som bedöms vara viktiga i verksamheten. I verksamheten finns utsedda medarbetare som ansvarar för att introducera ny kollega i arbetet hos kund. Verksamhetschef följer upp introduktionen inom en vecka. Ett identifierat utvecklingsområde är att dokumentera när och av vem uppföljningen av introduktionen har gjorts.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten bedöms ha en struktur för att utveckla kompetensen i verksamheten utifrån identifierade behov. Av de medarbetare som arbetar i Solna har 33% av medarbetarna undersköterskeutbildning. Det finns en generell kompetensutvecklingsplan upprättad i verksamheten, och ordinarie medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas med uppföljning av planerade utbildningar, samt vilka medarbetare som deltagit i respektive utbildningssatsning.

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutin för extern samverkan, där man identifierat viktiga samverkansparter. Rutinen beskriver även hur samverkan ska gå till. Rutinen behöver omfatta samtliga samverkansparter. Det behöver även framgå vem som ansvarar för vilken typ av samverkan.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för intern samverkan där strukturen för hur och mellan vilka samverkan ska ske internt.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet, vilket sker dels informellt i dagliga samtal i form av förbättringsarbete och förslag, dels mer strukturerat på APT. Återkoppling av utfall från exempelvis kundenkäter, egenkontroller, avvikelser och klagomål sker på APT och/eller enskilda samtal beroende på frågan.
Verksamhetens arbete med avvikelser	Verksamheten har rutiner för hur man arbetar med avvikelser, synpunkter och klagomål. I samband med introduktion av nya medarbetare ges information om

Delområde	Kommentar
 2. Delvis godkänd	<p>rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Därefter lyfts frågan minst en gång per år i samband med APT. Av intervju med medarbetare framgår att rapporteringsskyldigheten är känd.</p> <p>Då antalet inrapporterade avvikelser är få finns inte förutsättningar för att bedöma huruvida kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade avvikelser. Rutinen för synpunkts- och klagomålshantering behöver förtydligas. Det framgår hur det ska dokumenteras i journal, dock inte hur hanteringen sker i verksamheten.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har lokala rutiner upprättade som finns tillgängliga för medarbetarna. Dessa förankras i verksamheten under introduktionen och därefter löpande när de aktualiseras, samt på APT. Egenkontroller genomförs utifrån verksamhetens behov, föreskrifter och riktlinjer. Riskanalyser genomförs och i arbetet med dessa finns samtliga yrkeskategorier representerade.</p> <p>Rutinerna revideras regelbundet, dock ska senaste revisionsdatum framgå av rutinen. Dokumentationen av arbetet med egenkontroller behöver förtydligas så att planerade åtgärder, ansvarig för åtgärd och datum för detta framgår. Av riskanalyserna behöver det framgå planerade åtgärder som syftar till att minska risken för att negativ händelse inträffar.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Samtliga kunder uppges ha en genomförandeplan. Av granskningen framkommer att mål finns beskrivna för respektive insatser. Det framgår av genomförandeplanen att den enskilde varit delaktig i upprättandet, samt datum för uppföljning.</p> <p>Av genomförandeplanen ska det även framgå på vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Hur insatsen ska utföras behöver utvecklas, liksom när och av vem.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Vid granskningen framkommer att språket är genomgående respektfullt.</p> <p>Journalanteckningar förs inte med regelbundenhet. Det saknas anteckningar om att genomförandeplan upprättats och att ny beställning inkommit.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten finns en rutin för social dokumentation.</p> <p>Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation, men avvikelser som identifierats i samband med granskningen har inte uppmärksammats i denna. Verksamheten behöver genomföra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Verksamheten har en rutin för kontaktmannaskap där kontaktmannens ansvar framgår. Arbetet med kontaktmannaskap är väl förankrat i verksamheten, vilket även framgår av intervju med medarbetare.</p> <p>Alla kunder har en utsedd kontaktman. Arbetet organiseras så att en känd vikarie ersätter kontaktmannen vid dennes frånvaro. I samband med välkomstbesöket får kunden information om möjligheten att byta kontaktman, och verksamheten lämnar över Solna stads kvalitetsdeklaration i kundens hempärm. Då verksamheten håller hög kontinuitet hos kund finns förutsättningar för en förtroendefull relation kund och kontaktperson emellan.</p>
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	<p>I verksamheten finns en rutin för mottagande av ny kund. Verksamhetschef gör det första hembesöket och överlämnar såväl muntlig som skriftlig information i pärm till kund. Vid förändringar informeras kund via telefonsamtal, alternativt via information från kontaktman.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande	Bemötande- och värdegrundsfrågor lyfts redan i samband med rekrytering och introduktion till verksamheten. Medarbetarna tar del av Solna stads

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	kvalitetsdeklaration i samband med introduktionen. Därefter förs dialog på APT och i det dagliga arbetet när behov uppstår. Kvalitetsdeklarationen överlämnas till kund i samband med första hembesöket, och verksamhetschef informerar om innehållet.
● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för stöd till anhöriga. Kontaktmannen eller verksamhetschef fångar upp eventuella behov av stöd hos närstående och förmedlar kontakt till stödgrupper om så önskas.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för hot och våld i nära relationer, samt utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Rutinen om hot och våld rörande medarbetares arbetsmiljö behöver göras känd bland medarbetarna.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering och tillämpade arbetsätt.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har en lokal rutin för hantering av privata medel.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Under introduktionen får medarbetaren information om vad tystnadsplikten innebär. I samband med detta skrivs även sekretessförbindelsen under. Medarbetaren får även med sig skriftlig information om tystnadspliktens innebörd.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Bäst Omsorg 93
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Bäst Omsorg Organisationsnummer: 556902-5462 Namn: Bäst Omsorg i Stockholm AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 okt-21 255 127,00 sep-21 251 510,00 aug-21 271 160,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

MÅNGKULTURELL HEMTJÄNST



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Mångkulturell hemtjänst har avtal enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 mars 2011. Vid uppföljningstillfället hade verksamheten sex kunder i Solna. Mångkulturell hemtjänst är också verksam i Sundbyberg och Stockholms stad. Kontoret finns beläget på Domnarvsgatan i Spånga.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, enhetschef och två medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 19 oktober 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som valt Mångkulturell hemtjänst som utförare av hemtjänst. Av intervjun framkommer att kunden är nöjd med hjälpen och bemötandet. Resultat från genomförd intervju har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamhetens kontor finns beläget i Spånga, lokalerna bedöms ändamålsenliga för den verksamhet som bedrivs. Mångkulturell hemtjänst leds av verksamhetschef med mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom hemtjänst och service, och ledarskapet är nära verksamheten.

Kundfokus och engagemang i verksamheten är starkt från såväl ledning som medarbetare, vilket även avspeglas av intervju med kund. Ledningen är tillgänglig för kunder, anhöriga och medarbetare under den tid då verksamhet bedrivs. Personalkontinuiteten är hög.

Av årets avtalsuppföljning har utvecklingsområden identifierats gällande social dokumentation. Ett arbete som kvarstår sedan tidigare års uppföljning är dokumentation och uppföljning av det systematiska kvalitetsarbetet. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års 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	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
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Hot och våld
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 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
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
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- 4. Uppfyller kraven

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

Personal och utbildning

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Checklistan för introduktion behöver uppdateras.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Checklista introduktion

Samverkan

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd inom ett av två delområden.

Rutinen för extern samverkan behöver revideras och ska omfatta samtliga samverkansaktörer.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Revidera rutin extern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd på ett av tre delområden.

Det ska framgå av rutinerna när de senast reviderats. De riskanalyser som görs måste dokumenteras, likaså behöver avvikelser, klagomål och synpunkter dokumenteras i större utsträckning.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera avvikelser
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Revidera rutiner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera riskanalyser

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är delvis godkänd inom samtliga delområden, rutiner finns och tillämpas.

Genomförandeplanerna behöver uppdateras och den sociala journalen ska föras sammanhållen. Loggkontroll av behörighet måste göras. Egenkontrollen ska utgå från riktlinjen.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

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

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

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

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

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

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Området är godkänt.

Underlag bedömning

Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef har mångårig erfarenhet av att leda hemtjänst samt utbildning inom bland annat pedagogik. Tillsammans med enhetsansvarig som är utbildad undersköterska utgör de ledningsgruppen. Verksamhetschef finns tillgänglig för medarbetarna per telefon under den tid verksamhet bedrivs. Det finns implementerade arbetsätt som säkerställer kvaliteten i verksamheten trots chefsbyte. Vid verksamhetschefens frånvaro finns namngiven ersättare.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en anpassad verksamhetsstruktur. APT hålls minst en gång per månad. Dessa möten protokollförs och protokollen finns tillgängliga för medarbetarna. Ledningsgruppen har protokollförda möten 1-2 gånger per månad. Varje vecka hålls planeringsmöten och på daglig basis har medarbetarna och ledningen kortare avstämning vid morgonmöten och eftermiddagsmöten.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns med aktuell föreståndare.

Personal och utbildning




Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetschef och enhetsansvarig håller i introduktionens teoretiska delar. I verksamheten har man utsett en introduktionsansvarig som handleder den nya medarbetaren i omvårdnadsarbetet hos kund. Omfattning av introduktionen varierar med hänsyn taget till erfarenhet och utbildning. Det finns en checklista för introduktionen. Uppföljning av introduktionen görs, men dokumenteras inte i dagsläget. Checklistan behöver dock uppdateras med namngiven handledare samt datum för uppföljning.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Behov av kompetensutveckling identifieras utifrån brukarnas behov och i samband med medarbetarnas anställning och utvecklingssamtal. Behoven dokumenteras i individuella kompetensutvecklingsplaner. I verksamheten upprättar man årligen en generell kompetensutvecklingsplan, som uppdateras vid behov och erbjudande om utbildningssatsningar.

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan	Verksamheten har rutin för intern samverkan där strukturen för hur och mellan vilka samverkan ska ske internt.

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd Verksamhetens externa samverkan	Verksamheten har en rutin för extern samverkan.
 2. Delvis godkänd	Denna behöver uppdateras så att det framgår vem som ansvarar för vilken typ av samverkan, samt med vilka parter samverkan ska ske.


Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner utarbetade utifrån verksamhetens behov. Dessa revideras årligen. Rutin finns för hur man arbetar med riskanalys, egenkontroll och en internkontroll av verksamhetens samtliga delar genomförs årligen. Det bör framgå av rutinerna när de har reviderats. Ledningen beskriver arbetet med riskanalyser, ett utvecklingsområde är dock att dokumentera arbetet.
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för hur man arbetar med avvikelser, synpunkter och klagomål. I samband med introduktion av nya medarbetare ges information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Därefter lyfts frågan kontinuerligt i samband med APT och utvecklingssamtalen. Intervjuade medarbetare har kännedom om rapporteringsskyldigheten. Det framkommer dock att antalet inrapporterade avvikelser är få, vilket gör det svårt att bedöma huruvida kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade avvikelser.
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	Medarbetarna görs delaktiga i kvalitetsarbetet genom dialog i samband med APT och veckomöten, då också klagomål och avvikelser återkopplas. Beslut och ansvar fördelas i personalgruppen för att alla ska känna sig delaktiga i verksamhetens kvalitetsarbete. I samband med introduktionen går ledningen igenom rutiner som styr arbetet. Följsamheten mot dessa görs i form av stickprovskontroller, samt dialog med medarbetare och kunder.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	Verksamheten har i samråd med kunderna upprättat genomförandeplaner. Hur insatserna ska utföras behöver dock utvecklas. Det behöver även framgå av genomförandeplanen på vilket sätt kunden varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen.
Social journal  2. Delvis godkänd	Den dokumentation som granskats vid avtalsuppföljningen är respektfullt skriven, där händelser av vikt samt avvikelser från genomförandeplanen framgår. Den enskildes sociala journal ska vara sammanhållen och föras digitalt i Solna stads verksamhetssystem för social dokumentation. Intervallen för journalanteckningar bör vara tätare och mer regelbunden för att kunna följa upp insatserna.
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation, men avvikelser som identifierats i samband med granskningen har inte uppmärksammats i denna. Verksamheten behöver genomföra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för kontaktmannaskap där kontaktmannens ansvar framgår. Arbetet med kontaktmannaskap är väl förankrat i verksamheten, vilket även framgår av intervju med medarbetare.

Delområde	Kommentar
	Kontaktmannen är den person som presenterar ny vikarie för kund, vilket innebär att de vikarier som ska utföra insatserna alltid är kända för kunden.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för mottagande av ny kund. Nya kunder får en pärm med väsentlig information om verksamheten. Där finns även blankett för klagomål och synpunkter, samt kontaktuppgifter till verksamheten. Kunderna får information om förändringar i verksamheten via telefonsamtal från ledning och kontaktperson. Ledningen har uppföljningssamtal med kunderna regelbundet för att säkerställa nöjdhet och fånga upp önskemål och utvecklingsområden.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	I verksamheten går man igenom Solna stads kvalitetsdeklaration i samband med introduktionen av nya medarbetare. I bemötande- och värdegrundsfrågor utgår man från den nationella värdegrunden och Solna stads kvalitetsdeklaration. Denna lämnas till kunden i hempärmerna och går igenom vid det första hembesöket.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hur de arbetar med att identifiera behov av och ge stöd till anhöriga.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I samband med introduktionen får medarbetaren information om vad tystnadsplikten innebär och sekretessförbindelsen skrivs under. Medarbetaren får även med sig skriftlig information om tystnadspliktens innebörd. Av intervju med medarbetare framkommer att de har kännedom om tystnadspliktens innebörd.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering och tillämpade arbetsätt.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har en lokal rutin för hantering av privata medel.
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för hot och våld. En medarbetare i gruppen har gått en utbildning om våld i nära relationer omfattande 7,5 högskolepoäng och har en ombudsroll i verksamheten för hot och våld i nära relationer.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Mångkulturell hemtjänst Rating 83
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Mångkulturell hemtjänst <hr/> Organisationsnummer: 556707-5352 Namn: Mångkulturell Hemtjänst i Stockholm AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: NEJ Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 okt-21 116 658,00 sep-21 117 652,00 aug-21 130 150,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

OLIR



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Olir AB har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 mars 2014. Vid uppföljningstillfället hade verksamheten åtta kunder i Solna. Olir AB är även verksam i Vaxholm. Kontoret finns beläget på Åkerbyvägen i Täby.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef och en medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför uppföljningen. Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 31 januari 2022. Vid tiden för avtalsuppföljningen fanns ingen möjlighet att intervjua någon av kunderna som valt Olir som utförare av hemtjänst.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamhetens kontor finns beläget på Åkerbyvägen i Täby. Olir AB leds av verksamhetschef som är utbildad undersköterska med påbyggnadsutbildningar. Verksamhetschef har mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom hemtjänst och service. Enhetschef är utbildad socionom och undersköterska.

Ledning och medarbetare har en daglig och tät samverkan, vilket även bekräftas av intervju med medarbetare. Medarbetare uppger vidare att det även finns ett kollegialt stöd i arbetsgruppen. Kontinuiteten är hög, och kunderna träffar ett fåtal personer som utför hjälpen. Vid tillfället för avtalsuppföljningen fanns inte möjlighet att intervjua någon av verksamhetens kunder.

Utvecklingsområden som framkommer är social dokumentation och delar av det systematiska kvalitetsarbetet. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortflöpt i samband med nästa års 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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

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

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för extern samverkan behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla rutin extern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två av tre delområden.

Verksamheten behöver rapportera och dokumentera de avvikelser som inträffar i verksamheten i större utsträckning. Senaste revisionsdatum behöver framgå av rutinerna. Dokumentationen av arbetet med egenkontroller och riskanalyser behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rapportera och dokumentera avvikelser
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Reviderade rutiner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation egenkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation riskanalys

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Genomförandeplanerna behöver utvecklas och den sociala journalen ska föras i enlighet med Solna stads riktlinjer. Egenkontroll av social dokumentation ska dokumenteras. Verksamheten behöver göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation egenkontroll social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

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

Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

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

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

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

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	I verksamheten finns anpassad mötesstruktur. Arbetsplatsträffar (APT) hålls en gång per månad och dessa möten protokollförs. Verksamhetschef går igenom informationen muntligt med de medarbetare som inte har möjlighet att närvara. Verksamhetschef bjuder in medarbetarna till arbetsmöten med regelbundenhet, då specifika frågor diskuteras. Verksamhetschef har en daglig dialog och avstämning med varje medarbetare. En gång per år håller verksamhetschef kvalitetsmöte med varje enskild medarbetare, och grunden för detta möte är checklista för introduktion. Verksamhetschef och enhetschef har protokollförda möten två gånger per månad. Ledningsgruppen, bestående av verksamhetschef, enhetschef och samordnare, träffas varje månad. Även dessa möten protokollförs.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef är utbildad undersköterska med påbyggnadsutbildningar och har lång erfarenhet av att leda medarbetare inom hemtjänst. Enhetschef är utbildad socionom och undersköterska. Verksamhetschef finns tillgänglig för såväl medarbetare som kunder under den tid då verksamheten bedrivs. Det finns implementerade arbetssätt som säkerställer kvaliteten i verksamheten vid verksamhetschefens frånvaro samt namngiven ersättare.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns och verksamhetschef anges som föreståndare i detta.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. Introduktionen hålls av verksamhetschef och följs upp genom samtal med både kund och medarbetare, vilket dokumenteras. Medarbetaren skriver under tystnadsplikt och information om rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah. I samband med introduktionen får medarbetaren med sig en rutinpärm, och en gång per år går verksamhetschef igenom introduktionschecklistan med samtliga medarbetare för att säkerställa att informationen är känd.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	Medarbetarnas kompetens överensstämmer med verksamhetens behov. Verksamheten har en hög andel utbildade undersköterskor och i dagsläget studerar två medarbetare till undersköterska och en till vårdbiträde via

Delområde	Kommentar
	<p>äldreomsorgslyftet. Verksamheten har en tydlig struktur för att identifiera behov av kompetensutveckling som utgår från kundernas behov, medarbetarnas kompetens och utfallet från kvalitetsarbetet. Verksamheten har en generell kompetensutvecklingsplan och individuella kompetensutvecklingsplaner medarbetare. Den individuella kompetensutvecklingsplanen följs upp en gång per år vid medarbetarsamtalet.</p> <p>Den generella kompetensutvecklingsplanen omfattar inte timanställda, vilket behöver framgå av kompetensutvecklingsplanen.</p>

Samverkan


Delområde	Kommentar
<p>Verksamhetens externa samverkan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för extern samverkan, där man identifierat viktiga samverkansparter.</p> <p>Rutinen behöver omfatta samtliga samverkansparter. Det behöver även framgå hur ofta eller när samverkan ska ske.</p>
<p>Verksamhetens interna samverkan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutin för intern samverkan där strukturen för hur och mellan vilka samverkan ska ske internt.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Delområde	Kommentar
<p>Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet, vilket sker dels informellt i dagliga samtal i form av förbättringsarbete och förslag, dels mer strukturerat på APT. Återkoppling av utfall från exempelvis kundenkäter, egenkontroller, avvikelser och klagomål sker på APT och/eller enskilda samtal beroende på frågan. Representanter från personalgruppen deltar i upprättandet av riskanalyser och egenkontroller.</p>
<p>Verksamhetens arbete med avvikelser</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutiner för hur man arbetar med avvikelser, synpunkter och klagomål. I samband med introduktion av nya medarbetare ges information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Därefter lyfts frågan minst en gång per år i samband med kvalitetsmöte som verksamhetschef håller med varje medarbetare. Av intervju med medarbetare framgår att rapporteringsskyldigheten är känd. Genomgång av rapporterade och utredda avvikelser återförs till medarbetarna på APT.</p> <p>Då antalet inrapporterade avvikelser är få finns inte förutsättningar för att bedöma huruvida kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade avvikelser.</p>
<p>Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har lokala rutiner upprättade som finns tillgängliga för medarbetarna. Dessa förankras i verksamheten under introduktionen och därefter löpande när de aktualiseras samt på APT. Verksamheten har en struktur för hur man arbetar med kvalitetsutveckling. Egenkontroller genomförs utifrån verksamhetens behov, föreskrifter och riktlinjer. Riskanalyser genomförs och i arbetet med dessa bjuds representanter in från personalgruppen.</p> <p>Rutinerna revideras regelbundet, dock ska senaste revisionsdatum framgå av rutinen. Dokumentationen av arbetet med egenkontroller behöver förtydligas så att planerade åtgärder, ansvarig för åtgärd och datum för detta framgår. Av riskanalyserna behöver det framgå hur man skattat de risker som identifierats. Det ska även framgå av dokumentationen vilka som deltagit i riskanalysen.</p>

Social dokumentation



Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Av granskade genomförandeplaner framgår att kunden varit delaktig i upprättandet, men inte på vilket sätt. Hur insatsen ska utföras behöver förtydligas, samt när och av vem insatsen ska utföras. Genomförandeplanen ska upprättas inom en månad från det att beställningen mottagits och därefter följas upp minst två gånger per år i enlighet med Solna stads riktlinjer för social dokumentation.</p>
<p>Social journal</p> <p>■ 1. Ej godkänd</p>	<p>Under avtalsuppföljningen framgår att ledning har en tät dialog med medarbetare gällande kundernas insatser från hemtjänsten. Verksamheten har haft social dokumentation som pågående utvecklingsområde de senaste åren och till följd av</p>

Delområde	Kommentar
	<p>pandemin haft begränsade möjligheter att arbeta med utvecklingen av denna. Under perioden har systemstödet för social dokumentation bytts ut, vilket bedöms försvåra arbetet ytterligare.</p> <p>Journalanteckningar ska dokumenteras i enlighet med Solna stads riktlinjer för social dokumentation.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	Verksamhetschef uppger att egenkontroll utförs i verksamheten i enlighet med Solna stads riktlinjer. Under avtalsuppföljningen finns ingen dokumenterad egenkontroll att uppvisa. Verksamheten behöver även göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.





Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	Verksamheten har lokal rutin för kontaktmannaskap där kontaktmannens ansvar tydlig framgår. Av intervju med medarbetare framgår att rutinen är väl förankrad i verksamheten. Varje kund har en utsedd kontaktman och ersättare för denne. Information om detta finns i kundens hempärm. Verksamheten har en hög personalkontinuitet och fyra gånger per år följer verksamhetschefen upp hur kunden upplever att kontaktmannaskapet fungerar.
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig rutin för mottagande av ny kund. Verksamhetschef gör det första hembesöket och överlämnar såväl muntlig som skriftlig information i pärm till kund. Vid förändringar informeras kund via telefonsamtal, sms, nyhetsbrev alternativt via information från kontaktman.



Bemötande och anhängigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	I verksamheten går man igenom Solna stads kvalitetsdeklaration i samband med introduktionen av nya medarbetare. I bemötande- och värdegrundsfrågor utgår man från Solna stads kvalitetsdeklaration. Denna lämnas till kunden i hempärmen och går igenom vid det första hembesöket.
Stöd till närstående  3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hur de arbetar med att identifiera behov av och ge stöd till anhöriga. Rutinen är känd bland medarbetarna.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld  3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för hot och våld. Det finns även rutin för att upptäcka våld i nära relationer.
Nyckelhantering  3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering och tillämpade arbetsätt.
Privata medel  3. Godkänd	Verksamheten har rutin för privata medel och tillämpade arbetsätt.
Tystnadsplikt och sekretess  3. Godkänd	I samband med introduktionen får medarbetaren information om vad tystnadsplikten innebär och sekretessförbindelsen skrivs under. Medarbetaren får även med sig skriftlig information om detta. Av intervju med medarbetare framkommer kännedom om tystnadspliktens innebörd. Minst en gång per år i samband med kvalitetsmötet med medarbetaren går verksamhetschef igenom tystnadsplikten.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet  3. Godkänd	Olir AB Rating 74
Skattekontroll  3. Godkänd	Olir AB <hr/> Organisationsnummer: 556887-1080 Namn: OLIR AB

Delområde	Kommentar
	Godkänd för F-skatt: JA
	Registrerad för moms: JA
	Registrerad som arbetsgivare: JA
	Beslutade arbetsgivaravgifter:1
	okt-21 136 888,00
	sep-21 138 845,00
	aug-21 141 782,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

OMSORGSJOURN



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning	3
Bedömning	5
Underlag bedömning.....	6

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Omsorgsjouren Sverige AB har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 november 2010. Verksamheten riktar sig till äldre personer över 65 år som är i behov av hemtjänst. Vid uppföljningstillfället, den 14 oktober, hade verksamheten fem kunder i Solna. Omsorgsjouren är också verksam i Haninge. Förutom hemtjänst bedrivs även personlig assistans. Kontoret finns beläget i Hägersten. I lokalen finns tillgång till personalrum/kök, wc/dusch, tvättstuga och motionsrum.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef och medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 14 oktober 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som valt Omsorgsjouren som utförare av hemtjänst. Av intervjun framkommer att kunden känner sig trygg med hemtjänsten och är nöjd med bemötandet från de som utför hjälpen. Resultat från genomförd intervju har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Omsorgsjouren leds av verksamhetschef med mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom vård och omsorg. Ledarskapet är nära och verksamhetschef har en tät dialog med medarbetarna. Kundfokuset är starkt från såväl ledning som intervjuad medarbetare och kontinuiteten kring kund är hög; det är endast ett fåtal medarbetare som utför hjälpen hos kund.

Utvecklingsområde som framkommer är delar av den sociala dokumentationen.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten tänker arbeta vidare genom att beskriva vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa uppföljning samt löpande under året vid behov.

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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

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

Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

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

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

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

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd på två av tre delområden.

Det behöver framgå av rutinerna när de senast reviderats.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Revidera rutiner

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har ett pågående förbättringsarbete inom samtliga delområden.

Fokus bör riktas till mer frekvent journalföring och beskrivning av hur insatsen ska utföras i genomförandeplanen.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll social dokumentation
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Journalanteckningar

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

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

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

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

Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

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

Ekonomisk kontroll




● 4. Uppfyller kraven

Området är godkänt.



Underlag bedömning

Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov	Verksamheten har en anpassad mötesstruktur, vanligtvis hålls APT en gång per månad. Dessa möten protokollförs och finns tillgängliga för personal. Fattade beslut följs upp på angivet datum. En dag i veckan har verksamhetschef individuell

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd	avstämning med medarbetarna.
Verksamhetens organisation och ledning  3. Godkänd	Verksamhetschef är utbildad vårdbiträde med lång erfarenhet från branschen och många års erfarenhet av att leda omvårdnadspersonal. Verksamhetschef arbetar nära medarbetarna och finns tillgänglig för dem när så krävs. Det finns en samordnare i verksamheten, som vid behov ersätter verksamhetschef vid dennes frånvaro.
IVO-tillstånd  3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns och verksamhetschef anges som föreståndare i detta.




Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare och verksamhetschef ansvarar för denna. I samband med introduktionen får medarbetaren med sig skriftlig information såsom rutiner och policys. Introduktionen följs upp, vilket dokumenteras i checklista med kompletterande frågor till medarbetaren.
Kompetensutveckling  3. Godkänd	Verksamheten har en generell kompetensutvecklingsplan som upprättas en gång per år. Varje medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Denna tas fram tillsammans med medarbetaren och utgår från identifierat behov och nya förutsättningar i arbetet.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan  3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för extern samverkan, där man identifierat viktiga samverkansparter. Av rutinen framgår vem som är ansvarig, samt mål och syfte med samverkan. Samverkan med kund och anhöriga/god man har lyfts och specificerats ytterligare i en rutin, beskrivet ur den enskildes perspektiv.
Verksamhetens interna samverkan  3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för intern samverkan.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	Medarbetarna är delaktiga i kvalitetsarbetet, vilket sker dels informellt i dagliga samtal (förbättringsarbete och förslag), dels mer strukturerat då de gemensamt arbetar med riskanalyser och egenkontroller. Återkoppling av utfall från exempelvis enkäter, egenkontroller och klagomål sker på APT och/eller enskilda samtal beroende på frågan.
Verksamhetens arbete med avvikelser  3. Godkänd	Verksamheten har en rutin som beskriver arbetet med avvikelser, klagomål och synpunkter. Det rapporteras få avvikelser, vilket kan kopplas till verksamhetens omfattning. I samband med introduktionen och uppföljningen av denna går verksamhetschef igenom rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Därefter tas rapporteringsskyldigheten upp som en punkt på APT en gång per år, samt mejlas ut till medarbetarna. Av intervju med medarbetare framkommer att rapporteringsskyldigheten är känd.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	Verksamheten har utarbetat rutiner utifrån behov, dessa revideras en gång per år eller då behov uppstår. Det finns en struktur för hur man arbetar med egenkontroller och riskanalyser, och hur man arbetar med utfallet av dessa. Handlingsplaner upprättas och eventuella brister åtgärdas utifrån denna. Återkoppling sker till medarbetare på APT samt via mejl eller telefonsamtal. I samband med introduktionen får medarbetaren ta del av ledningssystemet och rutiner, dessa förankras därefter löpande på APT och då de aktualiseras. Det behöver framgå av rutinerna när den senaste revideringen gjorts.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	De granskade journalerna är aktuella och innehåller mål och delmål för respektive insats. Det framkommer att den enskilde varit delaktig i upprättandet och på vilket sätt. Uppföljningsdatum finns på granskade genomförandeplaner, samt när insatsen ska utföras. Ett identifierat förbättringsområde är beskrivningen av hur insatsen ska genomföras och på vilket sätt den enskilde är delaktig i momentet.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	I journalerna finns anteckningar om händelser av betydelse. Det framgår av social journal när ny beställning tagits emot och när genomförandeplan har upprättats, samt kontakt med andra aktörer. Språkbruket är genomgående respektfullt. Sammanfattningar görs, dock saknas enskilda journalanteckningar som utgör underlag för dessa.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för social dokumentation. Verksamheten har genom regelbunden egenkontroll av området identifierat utvecklingsområden. I verksamheten görs dock inga loggkontroller av hur behörigheten används till den sociala dokumentationen.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för kontaktmannaskap, och av intervju med medarbetare framkommer att den är förankrad i verksamheten. I de fall kontaktmannen är frånvarande kontaktar verksamhetschef kunden och informerar vem som kommer i stället. I Solna hålls en hög personalkontinuitet, vilket skapar förutsättningar för att skapa en förtroendefull relation. Kunden informeras om rätten att byta kontaktperson. Verksamhetschef följer upp arbetet hos kund två gånger per år, och får då information om hur kontaktmannaskapet fungerar.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig rutin för ny kund. Av den framgår vilken information som lämnas och vilka uppgifter som inhämtas. Kunden får en pärm att behålla med viktig information och kontaktuppgifter. Allmän verksamhetsinformation går ut till kund via kontaktman eller verksamhetschef beroende på typ av fråga.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten har genomgång av värdegrunden två gånger per år på APT. Utöver detta forum arbetar man med värdegrund och bemötande i samband med introduktionen och i samband med kartläggning av kompetensutveckling. Kund och anhöriga får information om kvalitetsdeklarationen i samband med det första hembesöket, och arbetet utifrån denna följs upp av verksamhetschef två gånger per år i samband med uppföljningssamtal.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamhetens arbete med stöd till anhöriga framgår tydligt av rutinen för samverkan med kund och anhöriga.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för hot och våld; både ur ett arbetsmiljöperspektiv och för att upptäcka våld i nära relationer. Medarbetarna har kännedom om signaler de bör vara uppmärksamma på samt hur de i sådana fall ska agera.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hur privata medel ska hanteras och av denna framkommer hur uppföljning av arbetet sker.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I samband med introduktionen får medarbetare information om tystnadsplikten och dess innebörd, samt skriver under förbindelse för detta. Information ges på APT minst en gång per år, alternativt skickas ut via mejl.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Omsorgsjouren Rating: 76
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Omsorgsjouren <hr/> Organisationsnummer: 556858-9336 <hr/> Namn: Omsorgsjouren Sverige AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 okt-21 49 849,00 sep-21 58 980,00 aug-21 67 327,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

SAGAC



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Sagac har vid uppföljningstillfället den 7 oktober 2021 åtta kunder i Solna stad. Sagac har avtal enligt lagen om valfrihet LOV sedan 1 juni 2013. Företaget är även verksamma i Sundbyberg och Nacka. De bedriver även personlig assistans, ledsagning och avlösning i Stockholm stad. Kontoret finns på Wiboms väg i Solna.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med enhetschef och medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 7 oktober 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som valt Sagac som utförare av hemtjänst. Av intervjun framkommer att kunden är nöjd med hjälpen och bemötandet. Resultat från genomförda intervjuer har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamhetens kontor finns beläget på Wiboms väg i Solna. Sagac leds av verksamhetschef som är utbildad sjuksköterska och socionom, och enhetschef med mångårig erfarenhet av att leda medarbetare inom hemtjänst och service.

Ledning och medarbetare är engagerade i verksamheten och har en daglig och tät samverkan. Av intervju med medarbetare och ledning lyfts en öppenhet på arbetsplatsen. Kontinuiteten är hög, och kunderna träffar ett fåtal personer som utför hjälpen.

Utvecklingsområde som framkommer är social dokumentation. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års 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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

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

Personal och utbildning

● 4. Uppfyller kraven

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

Samverkan

● 4. Uppfyller kraven

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

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd inom ett av tre områden, rutin finns och tillämpas.

Rutinerna i pärmen behöver överensstämja med de rutiner som ligger digitalt i ledningssystemet. Rutin om lex Sarah måste förtydligas, samt klagomåls- och synpunktsblanketten till kund.

Status	Utvecklingsområden
■ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga rutin lex Sarah

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppdatera rutinpärm
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga blankett för klagomål och synpunkter

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är delvis godkänd inom samtliga delområden.

Genomförandeplanerna behöver uppdateras och den sociala journalen ska innehålla anteckningar kopplade till uppdraget. Loggkontroll av behörighet måste göras.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppdatera genomförandeplaner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla arbetet med social journal

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

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

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

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

Säkerhet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd inom tre av fyra delområden, rutiner finns och tillämpas.

Verksamheten behöver förtydliga rutinen kring hot och våld.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppdatera rutin hot och våld

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Området är godkänt.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en anpassad mötesstruktur. Varje månad (med uppehåll för juli och augusti) har verksamheten APT. APT-protokoll skrivs och finns tillgängliga för medarbetarna i en pärm. Varje morgon har enhetschef och medarbetare korta dagliga möten, vilket beskrivs samstämmigt av såväl ledning som medarbetare. En gång per vecka hålls ledningsgruppsmöten.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Ledningen i Solna utgörs av verksamhetschef som är utbildad sjuksköterska och socionom, och enhetschef som har mångårig erfarenhet av ledning och service. Båda cheferna har sitt kontor i Solna där även medarbetarna utgår ifrån när de startar och avslutar sina arbetspass. Cheferna går att nå per telefon under den tid som utföraren bedriver verksamhet, vilket även medarbetare beskriver under intervjun. Det finns en rutin som syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheten trots chefsbyte.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns och verksamhetschef anges som föreståndare i detta.

Personal och utbildning



Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Ansvarig för introduktion av nya medarbetare är enhetschef. Den nya medarbetaren får en handledare att gå dubbelt med i omvårdnadsarbetet. Verksamheten använder sig av en checklista som stöd. Den nyanställda medarbetaren får med sig en skriftlig information om verksamheten, dess värdegrund och de viktigaste rutinerna sammanfattade. Uppföljning av introduktion genomförs av enhetschef, vilket dokumenteras i checklistan.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	För att identifiera behov av kompetensutveckling i verksamheten utgår man från kundernas behov och det som medarbetarna efterfrågar. Den generella kompetensutvecklingsplanen beskrivs som ett levande dokument som uppdateras då behov uppstår. Av enkätsvar framkommer att samtliga medarbetare har en kompetensutvecklingsplan.

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för extern samverkan. Av rutinen framgår vem som ansvarar för vilken typ av samverkan och hur det ska ske.
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för hur och mellan vilka intern samverkan ska ske.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete


Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	I verksamheten har man dagliga korta morgonmöten där olika frågor fångas upp. Om avvikelser framkommer stöttar enhetschef med att rapportera dessa skriftligt. I arbetet med riskanalyser är någon/några medarbetare delaktiga med syfte att fånga olika perspektiv. Inkomna avvikelser och klagomål återrapporteras till

Delområde	Kommentar
	medarbetarna på APT.
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har en struktur för arbetet med avvikelse-, synpunkts- och klagomålshantering. Verksamhetschef är den funktion som ansvarar för att utreda dessa, identifiera grundorsak och sätta in åtgärder med syfte att händelsen inte ska återupprepas. Återföring till medarbetarna sker på APT. I varje kunds hempärm finns avsedd blankett för klagomål och synpunkter.</p> <p>I samband med anställning informeras medarbetare om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Enhetschef berättar att det är en punkt man lyfter på APT minst en gång per år. Av intervju med medarbetare framkommer att rapporteringsskyldigheten är känd.</p> <p>I kvalitetsberättelsen redogör verksamheten för antal avvikelser, synpunkter och klagomål som inkommit under 2020.</p> <p>Blanketten för klagomål och synpunkter bör förtydligas så att det framgår att dessa kan lämnas anonymt till verksamheten. Av rutinen för lex Sarah ska framgå att information om rapporteringsskyldigheten lyfts en gång per år på APT.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har implementerade arbets sätt för hur man arbetar med egenkontroller och riskanalyser utifrån behov, föreskrifter och riktlinjer. Av kvalitetsberättelsen framkommer hur man arbetat med utfallet och vilka åtgärder som satts in.</p> <p>Det finns lokala rutiner utifrån verksamhetens behov tillgängliga för medarbetare i en pärm och digitalt. En gång per år revideras samtliga rutiner, samt då behov uppstår.</p> <p>Rutinerna i pärmen behöver uppdateras i enlighet med de rutiner som finns i det digitala verksamhetssystemet.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Det pågår ett arbete i verksamheten med att uppdatera genomförandeplanerna. Delmål finns beskriva i genomförandeplanen, och hur insatsen ska genomföras är väl beskrivet.</p> <p>På vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet ska framgå av samtliga genomförandeplaner. I verksamheten är det i regel kontaktmannen som utför insatserna, vilket ska framgå av genomförandeplanen.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Av de journaler som granskats går att utläsa avvikelser från genomförandeplanen. I journalerna finns anteckningar om händelser av betydelse. Språkbruket är genomgående respektfullt.</p> <p>Det saknas dock information om vilka åtgärder som vidtagits. Det framgår inte när en ny beställning mottagits, och det saknas journalanteckning när genomförandeplan har upprättats. Enstaka värdeord har observerats i social journal i samband med granskningen.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har en rutin för social dokumentation. Verksamheten har genom regelbunden egenkontroll av området identifierat utvecklingsområden.</p> <p>I verksamheten görs dock inga loggkontroller av hur behörigheten används till den sociala dokumentationen.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>Verksamheten har en lokal rutin för kontaktmannaskap och håller hög kontinuitet hos kund. Varje kund får Solna stads kvalitetsdeklaration i samband med det första hembesöket och denna går igenom med kund av enhetschef. Då kontaktmannen är den person som utför den största delen av besöken finns möjlighet att skapa en förtroendefull relation.</p> <p>Enhetschef arbetar regelbundet i omvårdnadsarbetet och får på så sätt möjlighet att följa upp att kontaktmannaskapet fungerar.</p>

Delområde	Kommentar
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för mottagande av ny kund. Ett hembesök planeras i av enhetschef och vid det tillfället överlämnas en kundpärm innehållande bland annat företagspresentation, kontaktuppgifter, samtyckesblankett, information om klagomåls- och synpunktshantering och så vidare. I verksamheten har man regelbundna samtal med kunderna och /eller närstående, och sprider på så sätt verksamhetsinformation.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för bemötande och broschyrer som handlar om värdegrund. Kvalitetsdeklarationen överlämnas till kund i samband med första hembesöket, och enhetschef informerar om innehållet. Som en del av arbetet med att följa upp bemötandefrågor har enhetschef tät kontakt per telefon eller via kundbesök med kund/närstående.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten har en omfattande rutin för anhörigstöd; hur det fångas upp och på vilka sätt anhöriga kan få stöd. Beroende på vem som behöver stödet, riktas olika typer av förslag på stödinsatser till närstående.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för hot och våld gällande kund. Det saknas dock rutin som beskriver hur medarbetare ska agera om de utsätts för hot och våld i arbetet, samt om medarbetare utsätter kund för hot och våld.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för nyckelhantering och kvittenser i de fall kunders nycklar hanteras.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har en lokal rutin för hantering av privata medel.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I samband med introduktionen får medarbetaren information om vad tystnadsplikten innebär. I samband med detta skrivs även sekretessförbindelsen under. Medarbetaren får även med sig skriftlig information om tystnadspliktens innebörd.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Sagac Rating 78
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Sagac Sagac <hr/> Organisationsnummer: 556758-0997 Namn: Sagac i Stockholm AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 okt-21 132 062,00 sep-21 141 664,00 aug-21 136 972,00



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-02-16
ON/2022:22

Avtalsuppföljning 2021 av hemtjänstutförare med fler än 10 kunder samt trygghetslarm och nattpatrull

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2021.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen har under 2021 omfattat sex verksamheter med totalt cirka 1115 solnabor.

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, dokumentationsgranskning samt intervju av verksamhetschef, andra ledningsfunktioner samt medarbetare vid platsbesök som metod för uppföljning. Kunder har intervjuats via telefonsamtal eller hembesök. Under intervjun har verksamhetschefen givits möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten. Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden september till februari 2021.

Uppföljningarna visar att det finns ett nära ledarskap i verksamheterna och implementerade metoder kring introduktionen av nya medarbetare. Arbetssätten med kontaktmannaskap är kända bland såväl medarbetare som kunder. Generella utvecklingsområden som identifierats under uppföljningarna är delar av det systematiska kvalitetsarbetet, bland annat hur det dokumenteras, samt hur verksamheterna arbetar med social dokumentation. 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

Avtalsuppföljning 2021 av hemtjänstutförare med fler än 10 kunder samt trygghetslarm och nattpatrull

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Emma Edling
Kvalitetsutvecklare



Bakgrund

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra uppföljningar av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter.

Uppföljningar görs i alla verksamheter oavsett om de är drivs i privat regi eller i stadens egen regi. Resultatet från uppföljningarna visar hur kvaliteten utvecklas i verksamheterna och vilka utvecklings- och förbättringsområden som finns inom respektive verksamhet. Uppföljningarna syftar även till att identifiera goda exempel på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till godo.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

FÖRETAG MED MER ÄN 10 KUNDER



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra uppföljningar av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. 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 på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till gagn.

Avtalsuppföljningen har under 2021 omfattat 13 hemtjänstverksamheter. Avtalsuppföljningarna för verksamhetsområde hemtjänst är uppdelad i två grupper: Företag med fler än 10 kunder och företag med högst 10 kunder. Denna rapport handlar om de företag som har fler än 10 kunder och är följande verksamheter: Adela omsorg, Attendo, Humaniora, Proffssystem, Larm och natt samt Allegio omsorg som är ny utförare vid årets uppföljning. Urvalet av verksamheter att följa upp för året har varit samtliga verksamheter som utför hemtjänst i Solna. Fem av verksamheterna drivs utifrån avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). Nattpatrull och trygghetslarmet drivs i kommunal regi utifrån överenskommelser som är upprättade mellan Humaniora vård och omsorg och omvårdnadsförvaltningen.

Tillvägagångssätt och metod

År 2021 genomfördes en uppföljning som omfattade granskning och genomgång av nio kriterier; ledning och organisation, personal och utbildning, samverkan, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, social dokumentation, självbestämmande och integritet, bemötande och anhörigstöd, säkerhet samt ekonomisk kontroll. Verksamheten har fått svara på en enkät som innehöll frågor kring dessa områden. Omvårdnadsförvaltningen har utifrån verksamheternas svar på enkät och dokumentationsgranskning gjort platsbesök och intervjuat verksamhetschef, andra funktioner i ledning, medarbetare och kunder. Granskning av social dokumentation har genomförts i samtliga verksamheter.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår. Verksamheterna har utifrån dessa utvecklingsområden ålagts att inkomma med utvecklingsplaner som ska beskriva hur man tänkt arbeta utifrån identifierade utvecklingsområden. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortskrider löpande under året samt i samband med 2022 års avtalsuppföljning.

Sammanfattande bedömning

Det framgår tydligt av årets avtalsuppföljningar att samtliga verksamheter har kunden i fokus. Genom intervjuer med såväl ledning som medarbetare är engagemanget i uppdraget en gemensam nämnare. I alla verksamheter finns ett nära ledarskap och av samtliga intervjuer med chefer, medarbetare och andra nyckelpersoner i verksamheterna framkommer att de - vid behov - har en daglig tät dialog om hur arbetet fortlöper. Trots hemtjänstens förutsättningar, som i regel är ensamarbete, uppger medarbetarna att samarbetet kollegor och ledning emellan fungerar väl och att stödet från dessa är ett telefonsamtal bort.

Starka områden generellt sett är självbestämmande och integritet, bemötande och anhörigstöd, säkerhet och ekonomisk kontroll vilket ger förutsättningar för insatser av god kvalitet över tid.

Områden där det finns utvecklingspotential är ledning och organisation, personal och utbildning, samt samverkan. Behovet av utveckling inom dessa områden består främst av att förbättra dokumentationen och uppföljningen av redan pågående aktiviteter och arbete. Introduktionen av nya medarbetare förs på ett systematiskt sätt i verksamheterna utifrån rutiner och checklistor. Uppföljning av introduktionen sker och dokumenteras i de flesta fall. Intern och extern samverkan är en förutsättning för insatser av god kvalitet. Av avtalsuppföljningarna framgår att samverkan sker, men att rutinerna behöver bli tydligare för att säkra arbetet. Samverkan mellan natt och larm och utförarna av hemtjänst är ett identifierat utvecklingsområde som omvårdnadsförvaltningen i samverkan med berörda aktörer kommer revidera rutinen för under 2022.

Förbättringsområden som identifierats är inom områdena ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och social dokumentation. Till grund för kraven som ställs inom dessa områden ligger föreskrifter med omfattande krav och visst tolkningsutrymme för hur man i praktiken ska tillämpa reglerna. Omvårdnadsförvaltningen kommer att arbeta mot en samsyn kring tillämpningen av dessa och stötta de verksamheter som har utmaningar inom dessa områden.

Verksamheternas kvalitetsarbete pågår dagligen. Många aktiviteter utförs, såsom egenkontroller och riskanalyser, och många händelser hanteras - exempelvis synpunkter, klagomål och avvikelser. Utmaningen för flera verksamheter ligger i att dokumentera arbetet för att på så sätt hitta den röda tråden i kvalitetsarbetet. De

förbättringsområden som identifieras kan förhoppningsvis hjälpa verksamheterna i arbetet framåt.

Ett gemensamt område där behov av utveckling finns är social dokumentation. Området är komplext och många av de medarbetare som arbetar i hemtjänsten har inte svenska som modersmål, vilket kan försvåra arbetet med dokumentationen. Det pågår en pilotsatsning inom yrkessvenska och omsorgskunskap. Om utvärdering av satsning visar positiv utveckling kan omvårdnadsförvaltningen erbjuda fler medarbetare att ta del av den. Detta i kombination med att samtliga utförare arbetar med att höja kompetensen inom området bedöms att på sikt kunna bidra till utveckling inom social dokumentation.

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
	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
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Hot och våld
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.























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.



Bedömning

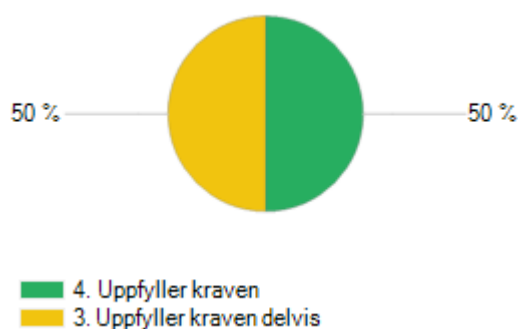
Område	Resultat 2020		Resultat 2021	
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	50 (%)	 4. Uppfyller kraven	50 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	33 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	50 (%)
	 Bedömning ej genomförd	17 (%)		
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	67 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	17 (%)		
	 Bedömning ej genomförd	17 (%)		
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	83 (%)	 4. Uppfyller kraven	17 (%)
	 Bedömning ej genomförd	17 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	83 (%)
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 4. Uppfyller kraven	33 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	50 (%)		
	 Bedömning ej genomförd	17 (%)		
Social dokumentation	 4. Uppfyller kraven	17 (%)	 3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
	 3. Uppfyller kraven delvis	67 (%)		

Område	Resultat 2020		Resultat 2021	
	■	Bedömning ej genomförd 17 (%)		
Självbestämmande och integritet	●	4. Uppfyller kraven 83 (%)	●	4. Uppfyller kraven 83 (%)
	■	Bedömning ej genomförd 17 (%)	◆	3. Uppfyller kraven delvis 17 (%)
Bemötande och anhörigstöd	●	4. Uppfyller kraven 83 (%)	●	4. Uppfyller kraven 83 (%)
	■	Bedömning ej genomförd 17 (%)	◆	3. Uppfyller kraven delvis 17 (%)
Säkerhet	●	4. Uppfyller kraven 83 (%)	●	4. Uppfyller kraven 67 (%)
	■	Bedömning ej genomförd 17 (%)	◆	3. Uppfyller kraven delvis 33 (%)
Ekonomisk kontroll	●	4. Uppfyller kraven 75 (%)	●	4. Uppfyller kraven 100 (%)
	■	Bedömning ej genomförd 25 (%)		

Schematisk sammanställning över samtliga verksamheter som följts upp 2021.

	Adela omsorg	Attendo	Humaniora	Proffs-system	Larm & Natt	Allegio omsorg	SUMMA
Ledning & organisation	● 4.	● 4.	◆ 3.	● 4.	◆ 3.	◆ 3.	21
Personal & utbildning	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	18
Samverkan	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	● 4.	◆ 3.	◆ 3.	19
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	18
Social dokumentation	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	◆ 3.	18
Självbestämmande & integritet	● 4.	● 4.	● 4.	● 4.	◆ 3.	● 4.	23
Bemötande & anhörigstöd	● 4.	● 4.	◆ 3.	● 4.	● 4.	● 4.	23
Säkerhet	● 4.	● 4.	◆ 3.	◆ 3.	● 4.	● 4.	22
Ekonomisk kontroll	● 4.	● 4.	Ej aktuell	● 4.	Ej aktuell	● 4.	16
SUMMA	32	32	25	32	26	31	

Ledning och organisation

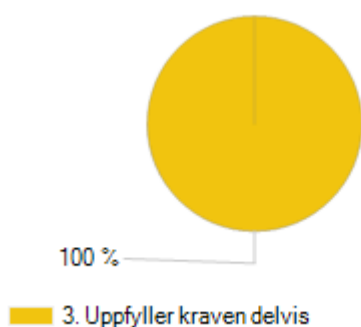


Samtliga verksamheter leds av chefer som har den utbildning och/eller den erfarenhet som avtalet kräver. Ledning finns tillgänglig för medarbetarna mellan klockan 7.00 och klockan 22.00 då verksamheterna bedrivs och rutiner finns för ersättare vid verksamhetschefs frånvaro. Alla verksamheter har en organisation som ger förutsättningar för ett nära ledarskap.

I alla verksamheter finns en anpassad mötesstruktur. Samtliga verksamheter protokollför mötena och följer upp de beslut som fattas. Hälften av verksamheterna behöver upprätta rutin vid chefsbyte.

De verksamheter som drivs i privat regi har aktuellt tillstånd från IVO. Humaniora hemtjänst inklusive nattpatrull och trygghetslarm drivs i stadens egen regi. I dessa fall krävs inget tillstånd från IVO, däremot är Humaniora hemtjänst anmäld till IVO:s omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.

Personal och utbildning

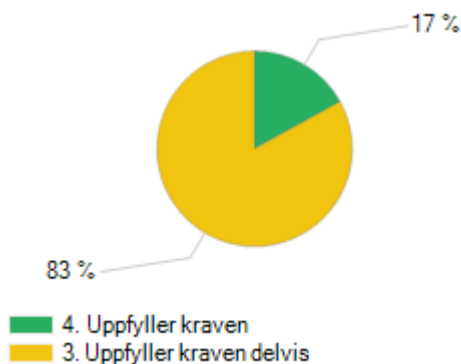


Verksamheterna har rutiner och arbetssätt för att säkerställa bemanningen.

Alla verksamheter har en rutin för introduktion av nya medarbetare och en checklista som stöd vid introduktionen. Introduktionen följs i regel upp, vilket också dokumenteras. Några av verksamheterna behöver förbättra detta arbete genom att systematisera sina arbetssätt.

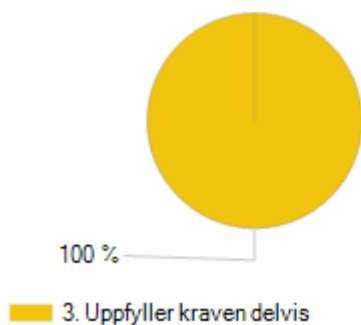
I verksamheterna har man arbetssätt för att identifiera behov av kompetensutveckling. Alla verksamheter har dokumenterat behovet i en generell kompetensutvecklingsplan, och de flesta utförare har upprättat individuella kompetensutvecklingsplaner för sina medarbetare. Några av verksamheterna behöver förtydliga den generella kompetensutvecklingsplanen med exempelvis deltagare och konkret tidsplan.

Samverkan



Samtliga utförare har upprättade rutiner för intern och extern samverkan. Det finns förbättringspotential gällande tydlighet i rutinerna om vem som ansvarar för vilken typ av samverkan, hur detta ska gå till och hur ofta. Ett utvecklingsområde är också att få med samtliga delar av intern samverkan, samt alla externa samverkansparter.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

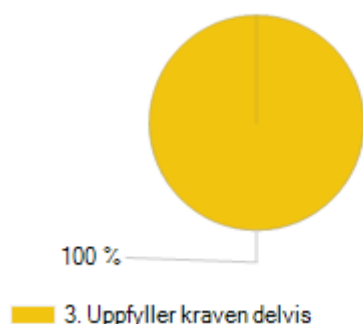


Samtliga verksamheter har rutiner framtagna för medarbetarna som stöd för att följa ledningssystemet. Implementeringen av detta arbete har sin start i introduktionen och uppföljningen av introduktionen. Rutiner aktualiseras därefter löpande på APT, medarbetarsamtal och på dagliga avstämningar då situationen så kräver.

Utförarna analyserar risker i verksamheten och utför egenkontroller av olika områden för att säkerställa följsamheten till lagar och riktlinjer. Dokumentationen av detta arbete behöver utvecklas. Insatta åtgärder måste följas upp för att det ska ges möjlighet att utvärdera om dessa givit effekt.

Alla utförare har arbetssätt och rutiner samt ett nära ledarskap som möjliggör medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet. Intervjuade medarbetare upplever att de är delaktiga i kvalitetsarbetet och att de kan påverka utvecklingsarbetet.

Social dokumentation



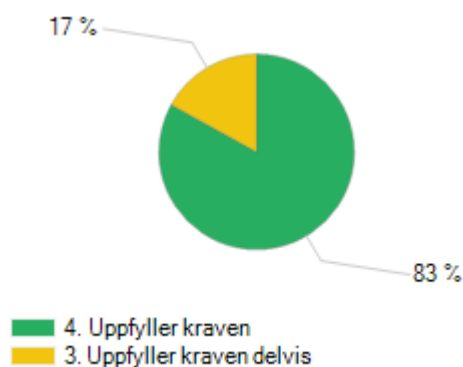
Social dokumentation är ett utvecklingsområde av varierande grad för samtliga utförare av hemtjänst. I verksamheterna upprättas genomförandeplaner tillsammans med kund, vilket stärker kundernas delaktighet och inflytande över planeringen av insatserna. Utförarna uppger att det är en utmaning att använda genomförandeplanen som ett arbetsverktyg till följd av dess struktur i Lifecare utförare.

Alla verksamheter för social journal. Överlag finns utvecklingspotential gällande frekvens och innehåll i den sociala journalen.

Egenkontroll av social dokumentation genomförs i verksamheterna med varierat intervall. Egenkontrollerna behöver utformas på sådant sätt att bristande följsamhet mot gällande riktlinje identifieras. Verksamheterna behöver även dokumentera de åtgärder som sätts in, samt följa upp dessa huruvida de givit önskad effekt.

Samtliga verksamheter behöver göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

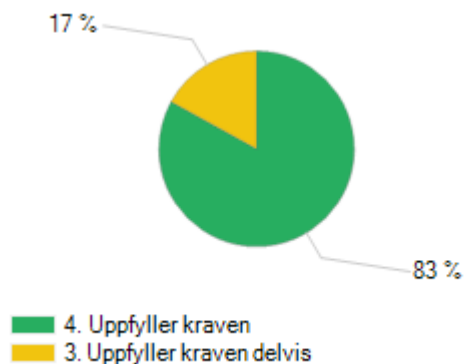


Alla utförare uppfyller kraven inom självbestämmande och integritet. Rutiner och arbetssätt bedöms vara väl förankrade avseende kontaktmannens ansvar, informationsöverföring till kund både i uppstart av hemtjänst samt löpande under den tid insatserna pågår.

Intervjuade medarbetare bedöms ha god kännedom om aktuella rutiner och arbetssätt för området.

Trygghetslarm och nattpatrull arbetar inte med kontaktmannaskap, däremot håller de hög personalkontinuitet då de arbetar i geografiska team. Trygghetslarmet och nattpatrullen behöver delge nya kunder skriftlig väsentlig information om verksamheten.

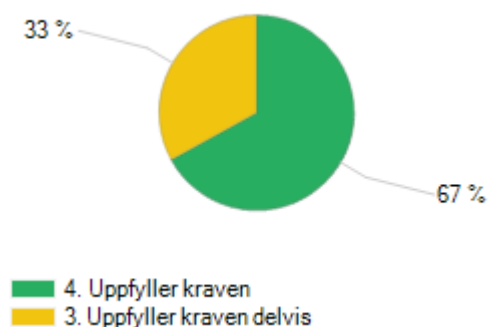
Bemötande och anhörigstöd



Verksamheternas arbete med bemötandefrågor har sin början i introduktionen av nya medarbetare. Därefter sker dialogen kring dessa frågor på formella möten som APT, men kan också ske vid informella dagliga samtal. Utförarna lutar sig mot den nationella värdegrunden, företagets egna bemötandepolicy och/eller Solna stads kvalitetsdeklaration i dessa frågor.

Alla utförare har arbetssätt för hur de fångar upp anhöriga och arbetar med anhörigstöd. I stort sett alla verksamheter har rutin för anhörigstöd.

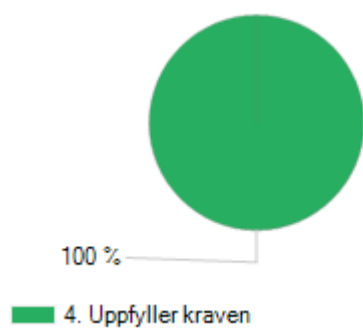
Säkerhet



Samtliga utförare har rutiner och arbetssätt för de delområden som ryms inom säkerhet; tystnadsplikt och sekretess, nyckelhantering, privata medel och hot och våld.

De utförare som är delvis godkända kan ha behov av att förtydliga eller implementera sina lokala rutiner. Intervjuad personal bedöms överlag ha god kännedom om de rutiner som finns inom området.

Ekonomisk kontroll



Samtliga verksamheter uppfyller kraven för godkänt gällande ekonomisk kontroll, med delområdena kreditvärdighet och skattekontroll. Humaniora hemtjänst samt trygghetslarm och nattpatrull ingår inte i denna uppföljning.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

ADELA OMSORG



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Adela omsorg har avtal med Solna stad enligt lagen om valfrihet (LOV) sedan september 2011. Vid uppföljningstillfället den 7 december hade verksamheten cirka 120 kunder i Solna. Adela omsorg är också verksam i Sundbyberg, Järfälla och flera av Stockholms stadsdelar. Kontoret ligger på Framnäsbacken i Solna, där medarbetarna startar och avslutar sin arbetsdag.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschefer och medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick cheferna möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 7 december 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat två kunder via telefonsamtal som valt Adela omsorg som utförare av hemtjänst. Av intervjuerna framkommer att kunderna är mycket nöjda med insatserna från hemtjänsten och känner sig väl bemötta. Kunderna uppger sig kunna påverka hur hjälpen ska utföras och har en kontaktperson som oftast är den person som utför insatserna. Resultat från genomförda intervjuer har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Kontoret för verksamheten i Solna ligger i rymliga och fräscha lokaler på Framnäsbacken, ändamålsenliga för den verksamhet som bedrivs. Adela omsorg leds av två verksamhetschefer, som har sjuksköterskeexamen respektive socionomexamen. Till stöd i det dagliga operativa arbetet finns en kommunansvarig och en samordnare.

Av intervju med medarbetare och ledning lyfts en öppenhet på arbetsplatsen. Engagemanget för verksamheten och kunderna är stort, vilket tydligt framgår under intervjuerna. Många medarbetare arbetar måndag till fredag, vilket de själva upplever ge goda förutsättningar för ett välfungerande kontaktmannaskap.

Ett utvecklingsområde som identifierats under avtalsuppföljningen är arbetet med social dokumentation. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års 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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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, tillämpliga 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 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
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
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

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

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten behöver förtydliga den generella kompetensutvecklingsplanen.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för intern samverkan behöver förtydligas.

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

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Dokumentationen av arbetet med riskanalyser behöver utvecklas.

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

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Verksamheten ska föra dokumentation i enlighet med Solna stads riktlinjer. Verksamheten behöver även göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

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

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

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

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

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

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

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

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Området är godkänt.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en anpassad mötesstruktur. Varje dag klockan 15.30 möts dagpatrull och kvällpatrull för överrapportering i personalrummet, då finns även kommunansvarig och samordnare på plats under måndag till fredag. På helger finns det alltid en arbetsledare i tjänst. Protokollförda APT hålls en gång per månad för daggruppen och kvälls- och helggruppen, med en representant från varje grupp. Verksamhetscheferna håller arbetsledarmöten och möte med kommunansvarig en gång per månad. Protokoll förs på samtliga möten med undantag för daglig överrapportering. APT-protokoll finns tillgängliga för medarbetarna. Beslut som fattats följs upp på nästkommande möte.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamheten i Solna leds av två verksamhetschefer, utbildad socionom respektive sjuksköterska, med delat ansvar för verksamheten. Till sitt stöd i den dagliga arbetsledningen finns kommunansvarig, samordnare och arbetsledare. Verksamhetscheferna ansvarar för arbetsmiljön, ekonomi, samt personal- och kvalitetsfrågor. Det finns en rutin i verksamheten som säkerställer att kvaliteten i verksamheten inte påverkas negativt vid chefsbyte. En utsedd arbetsledare i gruppen finns på samtliga arbetspass, och chef nås via telefon under den tid då verksamhet bedrivs.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO-tillstånd finns.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. Det finns en rutin för introduktion som genomförs i tre led; med verksamhetschef, kommunansvarig och utsedd handledare i omvårdnadsarbetet. En checklista används vid introduktionen och nya medarbetare får muntlig och skriftlig information om verksamheten och viktiga rutiner. Regelbunden avstämning sker under introduktionen. Kunder kontaktas för att följa upp arbetet. I verksamheten följer ledningen upp checklistan tillsammans med medarbetaren inom tre månader, vilket dokumenteras i checklistan.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	Andelen utbildade undersköterskor utgör drygt 50% av tillsvidareanställda medarbetare. Verksamheten har tio demenscertifierade undersköterskor. Verksamheten har en generell kompetensutvecklingsplan. I samband med utvecklingssamtalet tas en individuell kompetensutvecklingsplan fram tillsammans med medarbetaren, och denna följs upp året efter. Behovet av kompetensutveckling identifieras vid årets slut i samband med att föregående års kompetensutvecklingsplan följs upp.

Delområde	Kommentar
	Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas med planerade datum för uppföljning. Det behöver även framgå vilka som omfattas av den, samt vilken utbildning som genomförts utifrån inplanerade satsningar.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har den bemanning som krävs för att täcka verksamhetens behov. Alla kunder har en kontaktman och en utsedd ersättare vid dennes frånvaro. Många medarbetare arbetar måndag till fredag, och av intervju med medarbetare framkommer att bemanningen fungerar väl.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för extern samverkan som omfattar externa samverkansparter. Det framgår vilken funktion i organisationen som ansvarar för respektive typ av samverkan. Adelas verksamhetschefer och kommunansvariga deltar på förvaltningens samverkansmöten och i de utbildningar som förvaltningen erbjuder.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin för intern samverkan, där det tydligt framgår hur samverkan sker i samband med skifte av arbetspass. Det framkommer tydligt hur samverkan sker mellan medarbetare och ledning. Rutinen behöver förtydligas till att omfatta samtliga former av intern samverkan som sker i verksamheten.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Under introduktionen får medarbetaren ta del av viktiga rutiner och arbetssätt i verksamheten. På APT presenteras reviderade rutiner utifrån ett årshjul, och då behov uppstår. Medarbetarna görs delaktiga i kvalitetsarbetet i samband med APT, då återkoppling sker av genomförda egenkontroller, enkäter och inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter. Medarbetarna är delaktiga i att ta fram och prioritera förbättringsområden och deltar i dialoger utifrån fallbeskrivningar.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter. Dessa dokumenteras, utreds, åtgärdas och sammanställs därefter av verksamhetschef månadsvis. Resultatet återkopplas till medarbetarna på APT och/eller via individuella samtal. Verksamhetschef planerar in uppföljning efter en tid för att bedöma effekten av insatta åtgärder. Därefter lyfts utfallet i ledningsgruppen där analys och sammanställning diskuteras med syfte att utveckla verksamheten. Nya medarbetare får information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah i samband med introduktionen. Lex Sarah tas upp som en punkt på APT-agendan två gånger per år, och då informeras medarbetarna om rapporteringsskyldigheten. Av intervju med medarbetare framkommer att de känner till rapporteringsskyldigheten och dess innebörd.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en struktur för hur man arbetar med kvalitetsutveckling. Egenkontroller genomförs rutinmässigt i verksamheten utifrån ett årshjul och utfallet återkopplas till medarbetarna på APT. Verksamheten gör riskanalyser utifrån verksamhetens behov, samt de föreskrifter och riktlinjer som styr arbetet. Verksamheten har en pärm med rutiner tillgänglig för medarbetarna. Förankring av rutiner sker i samband med introduktion, uppföljningen av denna och på APT. Befintliga rutiner revideras och presenteras för medarbetarna på APT enligt årshjul och vid behov. Samtliga rutiner är reviderade det senaste året av verksamhetschef. Av dokumentationen av riskanalyserna behöver det framgå vem som ansvarar för åtgärderna, när det ska vara klart och när uppföljning ska ske.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Av granskade genomförandeplaner framgår tydligt när insatserna ska genomföras. Av de granskade akterna saknar en kund genomförandeplan, detta måste åtgärdas. Hur insatsen ska utföras behöver förtydligas samt hur kund varit delaktig i upprättande av genomförandeplanen. Mål för samtliga insatser ska formuleras.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	I samtliga granskade journaler är språket genomgående respektfullt och det går att utläsa avvikelser från genomförandeplanen. Det ska framgå av journalen när en ny beställning mottagits, samt när genomförandeplanen upprättats. Enstaka arbetsanteckningar observerades i kundens sociala journal. lakttagelser som medarbetarna gör ska följas upp av en åtgärd som ska framgå av journalen. Dokumenterat samtycke saknas i verksamheten. Samtycket finns dock inhämtat, men förvaras i en pärm i kundens hem.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Egenkontrollen av social dokumentation görs två gånger per år, och social journal följs upp kontinuerligt under månaden. Av egenkontrollen framkommer att identifierade utvecklingsområden är att följa upp tidigare journalanteckningar, samt skilja på arbetsanteckning och journalanteckning. Verksamheten behöver göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för kontaktmannaskap, där kontaktmannens ansvar framgår tydligt. Vid intervju med medarbetare bekräftas det att medarbetarna har kännedom om uppdraget. Alla kunder har en utsedd kontaktman som oftast arbetar måndag till fredag med syfte att skapa god kontinuitet och förutsättningar till nära samverkan. Varje kund får Solna stads kvalitetsdeklaration i sin kundpärm, och vid det första hembesöket informerar kommunansvarig eller samordnare om möjligheten att byta kontaktman.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för mottagande av ny kund. I samband med det första hembesöket får kunden en pärm innehållande väsentlig information, exempelvis kontaktoppgifter till verksamheten, information om utföraren och Solna stads kvalitetsdeklaration. Vid större förändringar skickar verksamhetschef ut informationsbrev till kunderna. Verksamheten ger ut en tidning - "Adelabladet" - som de skickar till kunderna fyra gånger per år.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten har en ständigt pågående dialog kring bemötande och värdegrundsfrågor. APT är ett forum för dessa frågor, där medarbetarna arbetar utifrån olika fallbeskrivningar i dialog. Bemötande- och värdegrundsfrågor lyfts även i enskilda samtal i det dagliga arbetet.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	I verksamheten är det oftast kontaktmannen som identifierar behov av stöd till närstående, tack vare ett välfungerande kontaktmannaskap. Kontaktmannen förmedlar information om Solna stads anhörigstöd och möjligheten att söka stöd på vårdcentralen. Kontaktmannen förmedlar även identifierade behov till kommunansvarig eller verksamhetschef som kan stötta anhörig och/eller motivera till att ta emot stöd.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för hot och våld som lyfts på APT två gånger per år eller om det inträffat aktuell händelse. Verksamheten har en rutin för våld i nära relationer. För att öka möjligheten för medarbetarna att upptäcka våld i nära relationer lyfts fallbeskrivningar på APT två gånger per år som handlar om hur våldet kan ta sig uttryck.
Nyckelhantering	Verksamheten har rutiner och utrustning för en säker nyckelhantering och

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	använder sig av digitala nyckelskåp.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för privata medel. I kundens pärm finns blanketter för detta som används av medarbetarna. Blanketterna finns tillgängliga i pärmen för kund och anhöriga.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för tystnadsplikt. Information om tystnadsplikten ges i samband med introduktionen och i uppföljningen av denna, och rutinen lyfts regelbundet på APT. Rutinen är känd av medarbetarna.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																											
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Adela Omsorg Rating 100																											
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Adela Omsorg <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Organisationsnummer:</td> <td style="text-align: right;">556844-3609</td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">AB Adela Omsorg</td> </tr> <tr> <td>Godkänd för F-skatt:</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">JA</td> </tr> <tr> <td>Registrerad för moms:</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">NEJ</td> </tr> <tr> <td>Registrerad som arbetsgivare:</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">JA</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Beslutade arbetsgivaravgifter:1</td> </tr> <tr> <td>nov-20</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">942 684,00</td> </tr> <tr> <td>okt-20</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">887 079,00</td> </tr> <tr> <td>sep-20</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">880 311,00</td> </tr> </table>	Organisationsnummer:		556844-3609	Namn:	AB Adela Omsorg		Godkänd för F-skatt:	JA		Registrerad för moms:	NEJ		Registrerad som arbetsgivare:	JA		Beslutade arbetsgivaravgifter:1			nov-20	942 684,00		okt-20	887 079,00		sep-20	880 311,00	
Organisationsnummer:		556844-3609																										
Namn:	AB Adela Omsorg																											
Godkänd för F-skatt:	JA																											
Registrerad för moms:	NEJ																											
Registrerad som arbetsgivare:	JA																											
Beslutade arbetsgivaravgifter:1																												
nov-20	942 684,00																											
okt-20	887 079,00																											
sep-20	880 311,00																											

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

ALLEGIO OMSORG



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Aktuell hemtjänst drivs av Allegio omsorg. Verksamheten riktar sig till äldre personer över 65 år som är i behov av hemtjänst. Allegio omsorg har avtal med Solna stad enligt LOV sedan maj 2020.

Allegio omsorg har vid uppföljningstillfället den 9 december 2021 cirka 10 kunder i Solna. Allegio omsorg är även verksam med hemtjänst i Sundbyberg, Nacka och i flera av Stockholms stadsdelar.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, regionchef, planeringsledare samt medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick verksamhetschef och regionchef möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 9 december 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat två kunder via telefonsamtal som valt Allegio omsorg som utförare av hemtjänst. Av intervjuerna framkommer att kunderna generellt är mycket nöjda med hjälpen och bemötandet de får och att det är ett begränsat antal personer som besöker dem. Resultat från genomförda intervjuer har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Allegio omsorg i Solna leds av verksamhetschef som är utbildad undersköterska och har mångårig erfarenhet av äldreomsorg. Till stöd i det dagliga operativa arbetet finns en planeringsledare. Verksamheten i Solna har sitt kontor beläget i Sundbyberg.

Av intervju med medarbetare och ledning lyfts en öppenhet på arbetsplatsen. Engagemanget för verksamheten och kunderna är stort, vilket tydligt framgår under intervjuerna. Många medarbetare arbetar måndag till fredag, vilket de själva upplever ge goda förutsättningar för ett välfungerande kontaktmannaskap.

Utvecklingsområden som framkommer är systematiskt kvalitetsarbete samt arbetet med social dokumentation. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortflöpt i samband med nästa års 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
	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
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Tystnadsplikt och sekretess
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Hot och våld
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 2021
Ledning och organisation	▬ Bedömning ej genomförd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	▬ Bedömning ej genomförd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	▬ Bedömning ej genomförd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	▬ Bedömning ej genomförd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	▬ Bedömning ej genomförd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	▬ Bedömning ej genomförd	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	▬ Bedömning ej genomförd	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	▬ Bedömning ej genomförd	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	▬ Bedömning ej genomförd	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två delområden.

Verksamheten ska upprätta rutin för att säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte, samt utse en kvalitetsansvarig som utgör en central roll deras kvalitetsarbete.

Status	Utvecklingsområden
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Kvalitetsansvarig
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Upprätta rutin chefsbyte

Personal och utbildning

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Uppföljning av introduktionen behöver dokumenteras.

Status	Utvecklingsområden
▬ Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppföljning introduktion

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för extern samverkan behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppdatera rutin extern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två delområden.

Verksamheten behöver förtydliga dokumentationen av utförda egenkontroller och riskanalyser. Datum för senaste revidering ska framgå av rutinerna. Antalet dokumenterade avvikelser behöver öka.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentation egenkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rapportera och dokumentera avvikelser
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga riskanalys
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Datum reviderade rutiner

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Verksamheten behöver säkerställa dokumentationen i enlighet med riktlinje. Dokumentationen av egenkontrollen behöver förtydligas. Verksamheten ska göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

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

Status	Utvecklingsområden
bedömd.	

Självbestämmande och integritet

- 4. Uppfyller kraven

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

Bemötande och anhörigstöd

- 4. Uppfyller kraven

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

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

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

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Verksamheten uppfyller kraven.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten leds av verksamhetschef som har mångårig erfarenhet inom äldreomsorg. Verksamhetschef är utbildad undersköterska och har gått utbildning i ledarskap och arbetsmiljö och ansvarar för budget, arbetsmiljö, personal och kvalitet. Planeringsledare stöttar verksamhetschef i det dagliga operativa arbetet. Det finns en namngiven ersättare vid verksamhetschefens frånvaro och arbetsledning att tillgå för medarbetarna under den tid verksamheten bedrivs. Verksamheten behöver upprätta rutin som säkerställer att kvaliteten inte påverkas negativt i samband med chefsbyte.
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ◆ 2. Delvis godkänd	Det sker dagliga möten mellan medarbetare och verksamhetschef/planeringsledare på morgonen och eftermiddag, då kvällsgruppen tar vid arbetet. Planeringsledare och verksamhetschef har i sin tur veckomöten. En gång i månaden hålls kvalitetsmöte där verksamhetschef, planeringsledare, kvalitetsansvarig och representant från omvårdnadspersonalen deltar. Verksamheten har APT en gång i månaden för samtliga medarbetare, dock inte under pandemin. Protokoll förs på samtliga möten förutom de dagliga avstämningarna och beslut följs upp på nästkommande möte. Vid tiden då avtalsuppföljningen genomfördes var det oklart vem i verksamheten som var utsedd kvalitetsansvarig. Detta behöver förtydligas då rollen innefattar ett återkommande ansvar i arbetet.
IVO-tillstånd	Aktuellt IVO tillstånd finns.

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har den bemanning som krävs för att täcka verksamhetens behov. Alla kunder har en kontaktman och en utsedd ersättare vid dennes frånvaro. Många medarbetare arbetar måndag till fredag och av intervju med medarbetare framkommer att bemanningen fungerar väl.
Introduktion av nya medarbetare ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. Verksamhetschef och planeringsledare ansvarar för introduktionen, tillsammans med handledaren i arbetet hos kund. Verksamheten använder en checklista för introduktionen och den följs i regel upp av verksamhetschef. I samband med introduktionen får medarbetaren ta del av såväl skriftlig som muntlig information. Verksamheten ska dokumentera när och vem som har gjort uppföljning av introduktionen.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	I verksamheten har cirka 62% av medarbetarna undersköterskeutbildning. Medarbetarna har individuella kompetensutvecklingsplaner som tas fram under medarbetarsamtalet och följs upp under lönesamtalet. Allegio har en plattform där olika utbildningar finns tillgängliga för olika funktioner i företaget, och där finns såväl centrala utbildningar som länkar till externa webbutbildningar att tillgå. Behovet av kompetensutveckling fångas upp från medarbetarsamtal och de behov som finns i verksamheten. Det finns en generell kompetensutvecklingsplan av vilken det framgår vilken medarbetare som deltagit i vilken utbildning under året. I arbetet med kompetensutveckling betonas vikten av att kompetensutveckling kan ske i olika former förutom traditionella utbildningar; genom studiebesök, coaching av en kollega, praktik eller arbetsrotation för att prova på nya arbetsområden.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens interna samverkan ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för intern samverkan. Av intervju med medarbetare framkommer att de upplever att intern samverkan fungerar väl.
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Det finns en rutin i verksamheten för extern samverkan. Rutinen behöver omfatta samtliga samverkansparter, och det ska framgå vem i verksamheten som ansvarar för vilken typ av samverkan samt hur denna ska ske.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten genomförs olika aktiviteter med regelbundenhet, såsom egenkontroller och riskanalyser. Rutiner finns tillgängliga för medarbetare i en pärm, samt digitalt i en app. Rutinerna revideras av verksamhetschef en gång per år. Dokumentationen av exempelvis egenkontroll av social dokumentation behöver förtydligas så att utfallet framgår. Genomförandet motsvarar inte beskrivet arbetssätt enligt rutin. Av genomförda riskanalyser ska det framgå vem som ansvarar för planerade åtgärder, samt uppföljning av dessa. Det behöver framgå av rutinerna när de senast reviderades.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en upprättad rutin för avvikelser och en tydlig struktur för hantering av avvikelser-, synpunkts- och klagomålshantering. Medarbetaren får information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah under introduktionen, och därefter lyfts rapporteringsskyldigheten som en punkt på APT enligt årshjul. Av intervju med medarbetare bekräftas att rapporteringsskyldigheten är känd i verksamheten. Då antalet rapporterade avvikelser i verksamheten är få (fem under 2021), finns det inte förutsättningar att bedöma huruvida kvalitetsutveckling sker utifrån

Delområde	Kommentar
	rapporterade avvikelser.
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Under introduktionen får medarbetaren ta del av viktiga rutiner och arbetssätt i verksamheten. På APT presenteras reviderade rutiner utifrån ett årshjul, och då behov uppstår. Medarbetarna görs delaktiga i kvalitetsarbetet i samband med APT, då återkoppling sker av genomförda egenkontroller, enkäter och inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	Av granskade genomförandeplaner framgår tydligt när insatserna ska genomföras. Av de granskade akterna saknar en kund aktuell genomförandeplan, detta måste åtgärdas. Hur insatsen ska utföras behöver förtydligas samt hur kund varit delaktig i upprättande av genomförandeplanen. Mål för samtliga insatser ska formuleras.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Språket är överlag respektfullt. Samtycket finns oftast dokumenterat i kundens journal. Av de granskade journalerna framkommer att det är långa tidsintervall mellan anteckningarna (över 30 dagar där kund har flera besök per dag). Journalanteckningar ska föras med regelbundenhet. Av journalanteckningarna ska det även framgå när genomförandeplanen upprättas och när ny beställning inkommit. Samtycke ska alltid dokumenteras i kundens journal.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för hur egenkontroll av social dokumentation ska genomföras, och rutinen omfattar de områden som staden kräver i sina riktlinjer. Av den senaste egenkontrollen av social dokumentation går det inte att utläsa resultatet av egenkontrollen, då det inte framgår utfall och bedömning av respektive område i egenkontrollen. Verksamheten behöver också genomföra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Verksamheten har lokal rutin för kontaktmannaskap där kontaktmannens ansvar tydligt framgår. Samtliga kunder har en utsedd kontaktman. Medarbetare berättar under intervjun att kontaktmannaskapet fungerar bra i verksamheten. Planeringen ger goda förutsättningar för kund att etablera en förtroendefull relation till kontaktmannen. Denne arbetar i regel måndag till fredag och är den person som utför den största delen av stödet. Oftast är den en för kund känd vikarie som ersätter kontaktmannen vid dennes frånvaro. I samband med det första hembesöket informeras kunden om rätten att byta kontaktman.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för mottagande av ny kund. I samband med det första besöket får kund såväl muntlig som skriftlig information om verksamheten och arbetssätt som berör kund. Informationen överlämnas även skriftligt i en pärm till kund, som även innehåller Solna stads kvalitetsdeklaration. Tillfälliga förändringar delges via telefonsamtal från planeringsledare. Verksamhetschef skickar ut kvartalsbrev till kund utifrån årshjulet.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamheten arbetar med värdegrundsfrågor på APT, men också i det dagliga arbetet. I samband med introduktionen av nya medarbetare informeras verksamhetschef/planeringsledare om Solna stads kvalitetsdeklaration, och kunden får skriftlig och muntlig information om kvalitetsdeklarationen vid första besöket.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Det är oftast kontaktpersonen som uppmärksammar behovet av stöd till anhöriga. Vid identifierade behov informerar medarbetare i verksamheten om det stöd som finns att tillgå.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för tystnadsplikt. Information om tystnadsplikten ges i samband med introduktionen och i uppföljningen av denna, samt minst en gång per år i samband med APT. Rutinen är känd av medarbetarna.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner och utrustning för en säker nyckelhantering. Digitala nyckelskåp med spårbarhet används i verksamheten.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för privata medel. I kundens pärm finns blanketter för detta som används av medarbetarna. Blanketterna finns tillgängliga i pärmen för kund och anhöriga.
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för hot och våld, samt en rutin för hur de arbetar för att agera vid våld i nära relationer. Av intervju med medarbetarna bekräftas att de har kännedom om rutinen.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																		
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Allegio Omsorg AB Rating: 65																		
Skattekontroll ● 3. Godkänd	<table> <tr> <td>Organisationsnummer:</td> <td>559019-7975</td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td>Allegio Omsorg 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:1</td> </tr> <tr> <td>okt-21</td> <td>2 237 122,00</td> </tr> <tr> <td>sep-21</td> <td>2 363 017,00</td> </tr> <tr> <td>aug-21</td> <td>2 269 762,00</td> </tr> </table>	Organisationsnummer:	559019-7975	Namn:	Allegio Omsorg AB	Godkänd för F-skatt:	Ja	Registrerad för moms:	Ja	Registrerad som arbetsgivare:	Ja	Beslutade arbetsgivaravgifter:1		okt-21	2 237 122,00	sep-21	2 363 017,00	aug-21	2 269 762,00
Organisationsnummer:	559019-7975																		
Namn:	Allegio Omsorg AB																		
Godkänd för F-skatt:	Ja																		
Registrerad för moms:	Ja																		
Registrerad som arbetsgivare:	Ja																		
Beslutade arbetsgivaravgifter:1																			
okt-21	2 237 122,00																		
sep-21	2 363 017,00																		
aug-21	2 269 762,00																		

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

ATTENDO



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Attendo har avtal med Solna stad sedan 2002 och enligt LOV sedan mars 2011. Verksamheten riktar sig till äldre personer över 65 år som är i behov av hemtjänst.

Attendo har vid uppföljningstillfället den 11 november 2021 cirka 290 kunder i Solna fördelat på fyra enheter med kontor beläget i olika delar av Solna. Attendo är även verksam med hemtjänst i Danderyd, Täby och i flera av Stockholms stadsdelar.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetscheferna, planeringsledare samt medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick verksamhetscheferna möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 11 november 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat två kunder via hembesök som valt Attendo som utförare av hemtjänst. Av intervjuerna framkommer att kunderna generellt är mycket nöjda med hjälpen och bemötandet de får och att det är ett begränsat antal personer som besöker dem. Resultat från genomförda intervjuer har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Attendos ledning och medarbetare har ett tydligt och genomgående kundfokus, vilket även avspeglar sig i intervjuerna med kunderna. Verksamhetscheferna har mångårig erfarenhet av att arbeta som ledare och har engagerade och medarbetare. Av intervju med medarbetare lyfts sammanhållningen och det välfungerande samarbetet i gruppen. Personalkontinuiteten är god och många medarbetare har arbetat länge i verksamheten.

Årets avtalsuppföljning visar att verksamheten har en systematik i sitt kvalitetsarbete och delaktiga medarbetare. Arbetet med ständiga förbättringar är integrerat i verksamheten.

I verksamheten pågår ett förbättringsarbete med social dokumentation. De identifierade utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års 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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhängighet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

● 4. Uppfyller kraven

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

Personal och utbildning

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd på två av tre delområden.

Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver utvecklas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd på ett av två delområden.

Rutinen för intern samverkan behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga rutin för intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten är godkänd på två av tre delområden.

Verksamheten behöver säkerställa att samtliga rutiner är uppdaterade.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppdatera rutinpärm

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Verksamheten behöver säkerställa dokumentationen i enlighet med riktlinje.

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

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

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

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

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

Säkerhet

- 4. Uppfyller kraven

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

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Området är godkänt.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	<p>I verksamheten finns en anpassad mötesstruktur. Attendo i Solna är indelade i fyra enheter utifrån geografiskt avgränsat område. Verksamheten leds av två verksamhetschefer som ansvarar för två enheter var, samt en biträdande verksamhetschef på en av enheterna. Varje enhet har en egen planeringsledare. Arbetsplatsträff (APT) hålls en gång i månaden. Dessa möten protokollförs och finns tillgängliga för medarbetare, vilket beskrivs samstämmigt av såväl ledning som medarbetare. Lokalt ledningsgruppsmöte hålls och protokollförs en gång per månad, där chefer och planeringsledare deltar. Varje månad hålls även kvalitetsledningsmöte vars medlemmar utgörs av ledningsgruppen. I respektive arbetsgrupp håller planeringsledarna dagliga morgon- och kvällsmöten, och på helger hålls dessa av helgansvariga.</p> <p>Var 14:e dag träffas medlemmarna i verksamhetens demensteam för reflektionsträffar, ett forum som dock har pausats på grund av pandemin.</p> <p>Av intervju med verksamhetschefer och medarbetare framkommer att fattade beslut följs upp på respektive möten.</p>
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	<p>Attendos hemtjänst i Solna leds av två verksamhetschefer med mångårig erfarenhet av att leda verksamhet inom hemtjänst. De har ansvaret för personal, kvalitet, budget och arbetsmiljö. Planeringsledarna på respektive enhet leder tillsammans med verksamhetschef det dagliga arbetet och ansvarar för bemanning, planering, kontakter med biståndshandläggare och kunder. På helger finns helgansvarig personal utsedd. I de fall medarbetarna behöver komma i kontakt med chef på helg- eller kvällstid finns ett journummer där chef nås. Av intervju med medarbetare framkommer att det är förankrat i verksamheten.</p> <p>Det finns en rutin i verksamheten för hur man säkerställer att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte.</p>
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO tillstånd finns.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. Det finns en rutin för introduktion som genomförs i tre led; med verksamhetschef, planeringsledare och handledare. En checklista används vid introduktionen och nya medarbetare får skriftlig information om verksamheten och viktiga rutiner.</p> <p>Regelbunden avstämning mellan handledare och ledning sker under introduktionen. I verksamheten följer ledningen upp checklistan tillsammans med medarbetaren vid ett senare tillfälle, vilket dokumenteras i checklistan.</p>


Delområde	Kommentar
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	<p>Andelen utbildade undersköterskor utgör drygt 60 % av tillsvidareanställda medarbetare. I verksamheten finns ett demensteam med demenscertifierade undersköterskor och teamet är fördelat på samtliga enheter.</p> <p>I samband med utvecklingssamtalet tas en individuell kompetensutvecklingsplan fram tillsammans med medarbetaren, och denna följs upp året efter. Behovet av kompetensutveckling identifieras i samtal och möten med medarbetare samt kundernas behov.</p> <p>Verksamheten har en generell kompetensutvecklingsplan. Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas med planerade datum för uppföljning. Det behöver även framgå vilka som omfattas av den, samt vilken utbildning som har genomförts utifrån planerade satsningar.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har en bemanning som täcker behovet. Det finns vikarier att tillgå vid tillfällig frånvaro; medarbetarna uppger under intervjun att bemanningen är bra och att samarbetet i gruppen är välfungerande. Verksamheten har en utsedd ersättare för kontaktperson under dennes lediga dagar och vid semester. Personalkontinuiteten är generellt god, och många medarbetare har arbetat länge i verksamheten.</p>

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	<p>Det finns en rutin i verksamheten för extern samverkan där externa aktörer identifierats. Verksamheten följer förvaltningens olika samverkansrutiner och Attendos chefer deltar på förvaltningens samverkansmöten och utbildningar som erbjuds.</p>
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten finns en rutin för intern samverkan, där det tydligt framgår hur samverkan sker på respektive enhet och i samband med skifte av arbetspass.</p> <p>Av kvalitetsberättelsen framgår att de olika enheterna samverkar regelbundet på daglig basis, men även i formella mötesforum. Samverkan sker även i företaget i olika forum där frågor rörande kvalitet, arbetsmiljö och kundnöjdhet beaktas.</p> <p>Av rutinen för intern samverkan ska samtliga interna samverkansforum beskrivas.</p>

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Delområde	Kommentar
Medarbetardeltagande i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	<p>Under introduktionen får medarbetaren ta del av viktiga rutiner och arbetssätt i verksamheten. De dagliga morgon- och kvällsmöten som hålls av planeringsledare är ett av de forum där aktuella eller förändrade rutiner lyfts och en dialog förs inför arbetets start. I samband med intervju berättar medarbetarna att samarbetet med varandra och ledningen fungerar väl. Det råder ett öppet klimat där idéer och förbättringsförslag tillvaratas.</p> <p>APT är det formella forum där avvikelser, klagomål och synpunkter återkopplas till medarbetarna, liksom utfall av brukarundersökningar, riskanalyser och egenkontroller. Medarbetarna informerar ledningen om klagomål, synpunkter och avvikelser skriftligt eller muntligt, varpå dessa därefter registreras i Attendos digitala verksamhetssystem. Nytt för medarbetarna är att de själva kan gå in i en app och registrera dessa händelser. Verksamhetschef berättar att detta just nu implementeras i verksamheten.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	<p>Verksamheten har rutin för hantering av avvikelser, och en tydlig struktur för hur kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade avvikelser. Dessa registreras i verksamhetssystemet där de utreds, och återkopplas sedan till medarbetarna på APT. Avvikelseorna lyfts en gång per månad i kvalitetsledningsmöte för samtliga enheter i Solna.</p> <p>Nya medarbetare får information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah i samband med introduktionen. Lex Sarah är en stående punkt på APT-agendan, vilket gör frågan ständigt aktuell. Av intervju med medarbetare framkommer att de känner till rapporteringsskyldigheten och dess innebörd.</p>

Delområde	Kommentar
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten finns en tydlig struktur för hur man arbetar med kvalitetsutveckling. Varje vecka genomförs egenkontroller utifrån vissa identifierade områden som följsamhet till basala hygienrutiner, kvittenser hos kund, social dokumentation och nyckelhantering. Vid identifierade brister återkopplas resultatet till berörda medarbetare i individuella samtal. Utfallet av egenkontrollerna sammanställs månadsvis och hanteras på kvalitetsledningsmötet.</p> <p>Riskanalyser genomförs på initiativ av ledning eller medarbetare, exempelvis i samband med byte av planeringsledare, inför jul- och sommarledigheter, hantering av matlådor och så vidare. Utfallet återkopplas till medarbetarna på APT och/eller vid behov på morgon- och kvällsmöten.</p> <p>Verksamheten har en rutinpärm tillgänglig för medarbetarna som är strukturerad utifrån verksamhetens processer, vilket gör det lätt att hitta den rutin man söker. Förankring av rutiner sker i samband med introduktion och uppföljningen av denna, på APT samt på morgon- och kvällsmöten. Rutinpärmen är känd bland medarbetarna. En gång per år revideras samtliga rutiner av verksamhetscheferna.</p> <p>Vid granskning av rutinerna framkommer att några rutiner inte har uppdaterats det senaste året, samt rutiner med faktafel.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Av de granskade akterna har kunderna aktuell genomförandeplan. Dessa innehåller delmål för samtliga insatser. Den enskildes delaktighet framgår. Av genomförandeplanerna som granskats finns namngiven kontaktperson som ska utföra insatserna och på vilket sätt detta ska ske.</p> <p>Det behöver förtydligas i genomförandeplanen på vilket sätt den enskilde har varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen. Hur insatserna ska utföras kan bli mer informativt och med betoning på den enskildes delaktighet i de olika momenten. När insatsen ska utföras behöver förtydligas med veckodag och tidsintervall enligt kundens önskemål. Genomförandeplanen ska följas upp minst två gånger per år, och datum för detta ska framgå av genomförandeplanen.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Av de granskade journalerna går att utläsa händelser av betydelse och avvikelser från genomförandeplanen. Journalföring görs regelbundet och språket är genomgående respektfullt.</p> <p>Av journalen framgår inte att ny beställning mottagits.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten finns en rutin för social dokumentation. Egenkontrollen görs veckovis, där planeringsledare säkerställer att medarbetarna dokumenterar.</p> <p>Verksamheten behöver göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	<p>I verksamheten finns en rutin för kontaktmannaskap där dennes ansvarsområden tydligt beskrivs. I samband med intervjun berättar medarbetare att denna är väl förankrad i verksamheten och att ersättare utses vid kontaktmannens frånvaro. I samband med det första hembesöket informerar planeringsledare om Solna stads kvalitetsdeklaration, samt om möjligheten att byta kontaktman. Efter ett par veckor har planeringsledaren ett uppföljande samtal med såväl kund som medarbetare för att säkerställa att kontaktmannskapet fungerar som det ska. I kundens hempärm finns kvalitetsdeklarationen från Solna stad. Samtliga kunder har en utsedd kontaktman.</p>
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	<p>I verksamheten finns en checklista för mottagande av ny kund. Varje ny kund får en pärm med information bland annat om verksamheten och kontaktinformation till verksamheten. Verksamhetscheferna skickar ut kvartalsbrev till samtliga kunder med aktuell information om verksamheten.</p>

Bemötande och anhängstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Medarbetare och ledning uppger samstämmigt att det råder ett öppet klimat i verksamheten. De kunder som intervjuats av kvalitetsutvecklare upplever att de får ett gott bemötande av medarbetarna som besöker dem. Dialoger förs i det dagliga arbetet och på möten om hur man ska bemöta varandra i verksamheten. På varje enhet finns en värderingscoach som med jämna mellanrum håller aktiviteter kopplade till bemötande och värdegrundsarbete. Medarbetarna känner till Solna stads kvalitetsdeklaration, och planeringsledare informerar kunderna om denna i samband med välkomstbesöket. Kvalitetsdeklarationen sitter i kundens hempärm.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	I verksamheten är det kontaktmannen eller planeringsledare som identifierar behov av stöd till närstående. De hänvisar kontakt till olika stödgrupper som finns tillgängliga i kommunen. Attendo arbetar just nu med att ta fram en app till närstående som kan behöva stöd.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för hot och våld, samt en rutin för hur de arbetar för att agera vid våld i nära relationer.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutin finns för säker nyckelhantering. Följsamheten till denna följs upp genom egenkontroll varje vecka.
Privata medel ● 3. Godkänd	Attendos enheter har kända rutiner och etablerade arbetssätt. Kontaktmannen har goda kunskaper om hur rutinen ska tillämpas. I kundens pärm finns blanketter för detta som används av medarbetarna. Blanketterna finns tillgängliga i pärmen för kund.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för tystnadsplikt. Information om tystnadsplikten ges i samband med introduktionen och i uppföljningen av denna, samt minst en gång per år i samband med APT. Rutinen är känd av medarbetarna.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Attendo 83
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Attendo <hr/> Organisationsnummer: 556148-5169 Namn: Attendo Sverige AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter:1 okt-21 55 912 204,00 sep-21 59 682 221,00 aug-21 58 863 450,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

HUMANIORA



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Humaniora är kommunens egna utförare av hemtjänst. Vid uppföljningstillfället den 20 september 2021 hade verksamheten cirka 550 kunder i Solna. Humanioras hemtjänst är indelade i sex grupper utifrån geografiska områden.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, gruppchefer samt medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 20 september 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som valt Humaniora som utförare av hemtjänst. Av intervjun framkommer att brukaren är mycket nöjd med insatserna från hemtjänsten och känner sig väl bemött av personalen. Resultatet av intervjun har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Humaniora driver kommunens egen hemtjänst. Verksamheten utför insatser till över 50% av de som beviljats hemtjänst i Solna, och har haft stark tillväxt de senaste åren. Verksamhetens kontor finns utspridda i kommunen; två grupper samt trygghetslärmot och nattpatrullen utgår från Hallen, en grupp utgår från Berga, en grupp har kontoret vid Solna station och två grupper utgår från Huvudsta. Avtalsuppföljningen för året gjordes på Hallen, där även verksamhetschef har sitt kontor. Då verksamheten har expanderat de senaste åren finns planer på att en av grupperna ska flytta till annan lokal.

Verksamhetschefen har mångårig erfarenhet av att arbeta som ledare och har engagerade medarbetare. Av intervju med medarbetare och ledning lyfts en öppenhet på arbetsplatsen. Med syfte att hålla en hög personalkontinuitet arbetar medarbetarna i mindre grupper kring kund.

Utvecklingsområden som framkommer är systematiskt arbete med uppföljning samt hur de arbetar med social dokumentation. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års 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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess

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, tillämpliga 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 2021
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
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	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Ledning och organisation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten ska upprätta rutiner för att säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Pärm med rutiner

Personal och utbildning

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Rutiner finns och tillämpas delvis. Verksamheten har rutiner och arbetssätt implementerade för att säkerställa bemanning. Uppföljning av introduktion ska dokumenteras. Verksamheten behöver identifiera behov av kompetensutveckling utifrån resultat av genomförda egenkontroller och identifierade risker. Verksamheten ska säkerställa att samtliga medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Arbeta systematiskt för att identifiera behov av kompetensutveckling
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera uppföljning introduktion
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Individuella kompetensutvecklingsplaner
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utvärdera värdet av utbildning

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamhetens rutiner för intern och extern samverkan ska omfatta samtliga identifierade aktörer för intern respektive extern samverkan.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin extern samverkan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

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

Medarbetarna upplever sig vara delaktiga i kvalitetsarbetet.

Verksamheten måste förtydliga hur man arbetar med att följa upp insatta åtgärder för att bedöma om dessa givit förväntad effekt. Arbetet ska dokumenteras.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Systematiskt kvalitetsarbete
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Uppföljning

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

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

Verksamheten behöver säkerställa att samtliga kunder har en giltig genomförandeplan. Särskilt social journal och dess innehåll behöver förbättras.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Journalanteckning
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll

Självbestämmande och integritet

- 4. Uppfyller kraven

Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Bemötande och anhörigstöd

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

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

Verksamheten behöver ta fram arbetssätt som visar på hur man i verksamheten identifierar behov av anhörigstöd.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Stöd till närstående

Säkerhet

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

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



Rutinen för hot och våld måste förtydligas med information om vem som gör vad i en hot och våldssituation, samt omfatta hot och våld i nära relationer.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Förtydliga rutin för hot och våld




Underlag bedömning

Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en anpassad mötesstruktur. Humaniora är indelade i sex mindre arbetsgrupper utifrån geografiskt avgränsat område. Varje grupp leds av gruppchef, som håller i arbetsplatsträff (APT) en gång i månaden. Dessa möten protokollförs och finns tillgängliga för medarbetare. Var 14:e dag hålls kvalitetsråd, minnesanteckningar förs inte. I grupperna håller gruppchefen dagliga morgonmöten, och på helger hålls dessa av helgansvariga. Dessa korta möten sker utan agenda/checklista. Gruppcheferna utgör tillsammans med verksamhetschef och gruppchef för nattpatrull och trygghetslarm ledningsgruppen för Humaniora som har protokollförda ledningsgruppsmöten var 14:e dag. Fyra gånger per år hålls LAMK, där facklig representant medverkar. Verksamhetschef uppger att fattade beslut följs upp på respektive möten.
Verksamhetens organisation	Ytterst ansvarig för verksamheten är verksamhetschef med mångårig erfarenhet

Delområde	Kommentar
och ledning  2. Delvis godkänd	<p>av att leda verksamhet inom hemtjänst. Verksamhetschef har gått interna ledarskapsutbildningar samt studerat vissa kurser inom området på högskolenivå om sammanlagt 95 högskolepoäng. Gruppcheferna är utbildade undersköterskor, varav en är utbildad Silviasyster. Gruppcheferna leder och fördelar det dagliga arbetet, håller medarbetarsamtal/lönesamtal och har delegerat arbetsmiljöansvar gällande arbetsmiljön hos kunderna. I varje grupp finns en vice gruppchef utsedd som ersätter ordinarie gruppchef vid dennas frånvaro. Vid verksamhetschefens frånvaro informeras gruppcheferna via mejl eller telefon och får information om vart de kan vända sig. På helgen finns helgansvarig personal utsedd och om medarbetarna behöver komma i kontakt med chef ska de vända sig till trygghetsjouren. Av intervju med medarbetare framkommer att det är förankrat i verksamheten.</p> <p>Det finns ingen rutin för hur man säkerställer att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte. I verksamheten säkras detta upp med introduktion och överlämning. En pärm utarbetas just nu med viktiga rutiner för gruppcheferna.</p>
IVO-tillstånd  3. Godkänd	<p>Då verksamheten bedrivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till IVO:s omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.</p>

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten uppger att de har en skriftlig rutin för förfarandet vid rekrytering av nya medarbetare. Det finns en rutin för introduktion, som genomförs i tre led; med verksamhetschef, gruppchef och handledare. En checklista används vid introduktionen och nya medarbetare får skriftlig information om verksamheten och viktiga rutiner.</p> <p>I verksamheten följs introduktionen oftast upp vid ett senare tillfälle, detta arbete behöver dock systematiseras och dokumenteras.</p>
Kompetensutveckling  2. Delvis godkänd	<p>Andelen utbildade undersköterskor är hög i verksamheten. Planen för kompetensutveckling läggs inför årets start. När verksamheten fattar beslut om vilka utbildningsinsatser som sker på en generell nivå utgår man från utbudet från staden, krav på utbildning, önskemål från personal samt de utbildningar som genomförs per regelbundenhet såsom förflyttningsteknik.</p> <p>Ett utvecklingsområde för verksamheten är att identifiera behov av kompetensutveckling utifrån resultat av genomförda egenkontroller och identifierade risker. I verksamheten saknas individuella kompetensutvecklingsplaner. Vidare saknas arbetssätt för att utvärdera värdet för verksamheten efter genomförd utbildning.</p>
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning  3. Godkänd	<p>I verksamheten är andelen tillsvidareanställda medarbetare hög. Varje arbetsgrupp är i sin tur uppdelade i mindre områden utifrån kontaktmannaskapet. De flesta som arbetar på dagen har heltid med förlagt arbete var tredje eller varannan helg. Kvällstid arbetar en kvällsgrupp för att hålla hög kontinuitet. Vikarier är knutna till respektive geografiskt område. Vid brist på ersättare omprioriteras arbetet och/eller omfördelas. Under sommarsemester bokas vikarie enligt schema för att hålla hög kontinuitet.</p>

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har identifierat viktiga externa aktörer. Flera av cheferna deltar alltid på förvaltningens samverkansmöten. Av intervju med verksamhetschef framkommer att samverkan sker med övrig socialtjänst, god man/närstående och rehab.</p> <p>I rutinen för extern samverkan bör tilläggas hur samverkan med dagverksamheten ska ske utifrån stadens övergripande rutin och med omvårdnadsförvaltningen. Rutinen ska omfatta samtliga externa samverkanspartners.</p>
Verksamhetens interna samverkan  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har rutin för intern samverkan. Det finns en struktur och ansvarsfördelning mellan verksamhetens olika funktioner. Av intervju med verksamhetschef framkommer att samverkan sker med trygghetslarm och nattpatrull.</p>

Delområde	Kommentar
	Samtliga interna samverkanspartners ska omfattas av rutinen för intern samverkan och hur denna samverkan sker.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Av intervju med medarbetare framkommer att det råder ett öppet klimat i verksamheten, och att de har möjlighet till påverkan i samband med möten. Vidare framkommer önskemål om utbildningsåtgärder såsom förflyttningsutbildning och demensutbildning, vilket de lyfter på APT. Intervjuade medarbetare vet var de hittar blanketter för avvikelser-, klagomål-, och synpunktsrapportering. De berättar att återkoppling på dessa ges i löpande daglig dialog med verksamhetschef och på APT.
Verksamhetens arbete med avvikelser ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en struktur för rapportering av avvikelser, synpunkter och klagomålsrapportering. Återkoppling av inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter till medarbetare sker i samband med APT eller på morgonrapport. I samband med introduktion får medarbetarna information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Medarbetarna görs även delaktiga i arbetet med utredningen och det finns en punkt på APT-agendan i maj och november där information ges om rapporteringsskyldigheten. Av intervju med medarbetare framgår att de har kännedom om att de är skyldiga att rapportera när något i verksamheten går fel. Det framgår inte hur man följer upp insatta åtgärder till följd av avvikelser och klagomål och utvärderar huruvida dessa har givit förväntad effekt.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten genomförs olika aktiviteter med regelbundenhet, såsom egenkontroller och riskanalyser. Av intervju med verksamhetschef framkommer att åtgärdsplaner upprättas utifrån resultaten med externa och interna mätningar. I verksamheten finns pärmar med rutiner tillgängliga för medarbetarna. Verksamhetschef berättar att dessa uppdateras en gång per år samt när behov uppstår utifrån arbete med avvikelser, och att nytt datum indikerar att rutinen är aktuell. Bedömningen är att arbetet med egenkontroller och riskanalyser inte fullföljs i och med att dokumentation saknas gällande uppföljning av insatta åtgärder och utvärdering av åtgärdernas effekt. I samband med uppföljningen framkommer att åtgärdsplaner framtagna utifrån avvikelser, klagomål och synpunkter inte följs upp i den utsträckning att det går att bedöma på vilket sätt kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade händelser. Verksamheten behöver utveckla på vilket sätt man arbetar med uppföljning av insatta åtgärder och utvärderar effekten av dessa. Av rutin för riskanalys identifieras att ansvarsfördelningen mellan verksamhetschef och gruppchefer är svår att gränsdra. Vid granskning av rutiner framkommer att många av rutinerna inte är uppdaterade i enlighet med beskrivet arbetssätt.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten pågår ett arbete med att skriva genomförandeplanerna digitalt i stället för med penna och papper. Granskad dokumentation uppfyllde inte kraven. Av genomförandeplanen ska det framgå på vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet, samt hur och när insatsen ska utföras. Planerat datum för uppföljning av genomförandeplanen ska framgå.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Av den dokumentation som granskats framkommer att arbetsanteckningar skrivs i den enskildes sociala journal. De journalanteckningar som gjorts hade svag koppling till den enskildes situation och genomförandeplan.
Egenkontroll social dokumentation ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten genomför egenkontroll av social dokumentation varje månad, där ett urval av personakterna granskas. Resultatet av egenkontrollerna har bedömts som godkänt, trots de brister som identifierats i samband med avtalsuppföljning.

Delområde	Kommentar
	Verksamheten behöver göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Av enkät framgår att rutin finns för kontaktmannens uppdrag och dennes ansvarsområde. Information ges till kund om rätten att byta kontaktman, vilket även framgår av Solna stads kvalitetsdeklaration som sitter i kundernas hempärm. Det framgår av intervju med verksamhetschef och gruppchef att samtliga kunder har en utsedd kontaktman. Gruppchef brukar kontakta kunden för att höra hur kontaktmannaskapet fungerar. Medarbetarna är organiserade i mindre grupper. När ordinarie kontaktman är frånvarande, ersätts denne av van kollega.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för mottagande av ny kund. Den nya kunden får en pärm med väsentlig information. Information om förändringar i verksamheten skickas med personalen ut till kunden, som tillsammans går igenom detta.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	I verksamheten har man värdegrundstavlor, och hänvisar till värdegrunden i olika typer av samtal med medarbetare. Kvalitetsdeklarationen ges till nya kunder och sitter i kundpärmerna.
Stöd till närstående ◆ 2. Delvis godkänd	Då verksamheten får en ny kund hålls ett möte där information ges om Solna stads anhörigkonsulent, samt om Humanioras Silviasyster som kan stötta i frågor kring demens. Rutin som beskriver hur man identifierar och ger stöd till anhöriga saknas.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för hot och våld. Rutinen behöver förtydligas avseende vem som ska göra vad när en medarbetare blir utsatt för hot och våld. Den behöver även utvecklas till att omfatta hur medarbetare ska agera vid misstanke om våld i nära relationer/våld i nära relationer.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin och utrustning för en säker nyckelhantering.
Privata medel ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin och arbetssätt kring hantering av privata medel.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Det finns en rutin för tystnadsplikt som varje ny medarbetare tar del av, skriver under och får en kopia av.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

LARM OCH NATT



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad. Humaniora hemtjänst utför insatserna trygghetslarm och nattpatrull enligt överenskommelse sedan maj 2015 i Solna stads egen regi.

Verksamhetsbeskrivning

Nattpatrullen och trygghetslarmet utgör en del av Humaniora hemtjänst som är stadens egna utförare. De utför insatser till samtliga kunder som beviljats insatsen, detta oavsett kundens val av utförare av hemtjänst. Vid uppföljningstillfället den 2 februari 2022 hade nattpatrullen cirka 120 kunder och trygghetslarmet cirka 1200 kunder i Solna. Nattpatrullen utför cirka 140 fysiska besök per natt och 13 digitala tillsynsbesök.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, gruppchef samt medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick chefen möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 2 februari 2022. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat en kund via telefonsamtal som har insatser nattetid från nattpatrullen samt trygghetslarm. Av intervjun framkommer att kunden är nöjd med insatserna från nattpatrullen och känner sig väl bemött. Resultat från genomförd intervju har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Nattpatrullen och trygghetslarmet tillhör Humaniora hemtjänst som drivs i stadens egen regi. Verksamhetens kontor finns på Hallen på Lövgatan i Solna, där även verksamhetschefen har sitt kontor.

Verksamhetschefen har mångårig erfarenhet av att arbeta som ledare och har engagerade medarbetare. Av intervju med medarbetare framkommer att ledningen visar tillit till medarbetarna och att det upplevs vara en trevlig arbetsplats. Med syfte att hålla en hög personalkontinuitet arbetar medarbetarna i nattpatrullen i mindre grupper kring kund.

Utvecklingsområden som framkommer är systematiskt arbete med uppföljning samt arbetet med social dokumentation. De utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års 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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess

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, tillämpliga 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 2021
Ledning och organisation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	● 4. Uppfyller kraven	◆ 3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten ska upprätta rutiner för att säkerställa att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Pärm med rutiner

Personal och utbildning

- ◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten behöver dokumentera uppföljning av introduktionen. Verksamheten ska även skapa arbetssätt för att utvärdera värdet för verksamheten efter genomförd utbildning.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera uppföljning introduktion

Samverkan

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Rutinen för intern och extern samverkan behöver förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla rutin extern samverkan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Utveckla rutin intern samverkan

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten måste förtydliga hur man arbetar med att följa upp insatta åtgärder för att bedöma om dessa givit förväntad effekt. Arbetet ska dokumenteras. Vid granskning av rutiner framkommer att vissa av rutinerna inte är uppdaterade i enlighet med beskrivet arbetssätt.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Avvikelser; uppföljning av insatta åtgärder
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Systematiskt kvalitetsarbete
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Reviderade rutiner

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Verksamheten ska föra social dokumentation i enlighet med riktlinjer. Egenkontroll av social dokumentation ska dokumenteras och loggkontroller av hur behörigheten till social dokumentation används måste genomföras.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera egenkontroll social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Sammanhållen journalföring

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Loggkontroll behörighet
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Upprätta rutin samtycke
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Upprätta personakter

Självbestämmande och integritet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten behöver ge skriftlig information om verksamheten till nya kunder.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Skriftlig information nya kunder

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

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

Säkerhet

● 4. Uppfyller kraven

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

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	<p>I verksamheten finns en anpassad mötesstruktur. Nattpatrullen och trygghetslarmet leds av gruppchef, som håller i arbetsplatsträff (APT) en gång i månaden. Medarbetarna i nattpatrullen är indelade i geografiska områden och APT hålls för respektive grupp i nattpatrull samt trygghetslarm. Dessa möten protokollförs och finns tillgängliga för medarbetare. En gång per år hålls ett möte för samtliga medarbetare i nattpatrull och trygghetslarm.</p> <p>Gruppchef håller dagliga morgonmöten, och på helger hålls dessa av helgansvariga. Det är en kortare avstämning som sker utan agenda/checklista.</p> <p>Ledningsgruppen för Humaniora hemtjänst består av verksamhetschef, gruppchef för nattpatrull och trygghetslarm samt sex gruppchefer för hemtjänsten. Var 14:e dag hålls protokollförda ledningsgruppsmöten. Fyra gånger per år hålls LAMK, där</p>

Delområde	Kommentar
	facklig representant medverkar. Verksamhetschef uppger att fattade beslut följs upp på respektive möten.
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Ytterst ansvarig för verksamheten är verksamhetschef med mångårig erfarenhet av att leda verksamhet inom hemtjänst. Verksamhetschef har gått interna ledarskapsutbildningar samt studerat vissa kurser inom området på högskolenivå om sammanlagt 95 högskolepoäng. Gruppchef som är utbildad undersköterska leder och fördelar det dagliga arbetet, håller medarbetarsamtal/lönesamtal och har ett delegerat arbetsmiljöansvar gällande arbetsmiljön hos kunderna. Om medarbetarna behöver komma i kontakt med chef under kväll, natt och helg ska de vända sig till trygghetsjouren. Av intervju med medarbetare framkommer att det är förankrat i verksamheten. Det finns ingen rutin för hur man säkerställer att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte. I verksamheten säkras detta upp med introduktion och överlämning. En pärm utarbetas just nu med viktiga rutiner för gruppcheferna.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Då verksamheten bedrivs i kommunal regi krävs inget tillstånd. Däremot är verksamheten anmäld till IVO:s omsorgsregister med verksamhetschef som föreståndare.

Personal och utbildning




Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en skriftlig rutin för förfarandet vid rekrytering av nya medarbetare. Det finns en rutin för introduktion, som genomförs i tre led; med verksamhetschef, gruppchef och handledare. En checklista används vid introduktionen och nya medarbetare får skriftlig information om verksamheten och viktiga rutiner. I verksamheten följs introduktionen oftast upp vid ett senare tillfälle, detta arbete behöver dock systematiseras och dokumenteras.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Andelen utbildade undersköterskor är hög i verksamheten. Planen för kompetensutveckling läggs inför årets start. När verksamheten fattar beslut om vilka utbildningsinsatser som sker på en generell nivå utgår man från kundernas behov, utbudet från staden, krav på utbildning, önskemål från personal samt de utbildningar som genomförs per regelbundenhet såsom förflytningsteknik. Gruppchef uppger att varje medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har en bemanning som täcker behovet. I verksamheten är andelen tillsvidareanställda medarbetare hög. Nattpatrullen är i uppdelad i mindre grupper utifrån geografiskt område. Trygghetslarmets medarbetare arbetar dag, kväll eller natt. Under sommarsemester bokas vikarie enligt schema för att hålla hög kontinuitet.

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har identifierat viktiga externa aktörer. Gruppchef och/eller verksamhetschef deltar alltid på förvaltningens samverkansmöten. Rutinen för extern samverkan behöver utvecklas och ska omfatta samtliga externa samverkanspartners, såsom samverkan med hemtjänst. Det behöver även framgå vem som ska delta i samverkan och hur ofta eller när samverkan ska ske.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutin för intern samverkan. Samtliga interna samverkanspartners ska omfattas av rutinen för intern samverkan. Det behöver även framgå vem/vilka som ska delta, vem som bjuder in till samverkan och intervallet för denna.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete	Medarbetarna görs delaktiga i kvalitetsarbetet i mötesforum som APT och avstämningsmöten, samt i dagliga samtal där förbättringsförslag fångas upp. De är även delaktiga i samverkan med externa leverantörer och är inbjudna att vara med

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd	<p>och utveckla nya rutiner. Av intervju med medarbetare framkommer att kännedom finns om avvikelse- och klagomålshantering. Återkoppling av dessa sker i samband med APT.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har en struktur för rapportering av avvikelser, synpunkter och klagomålsrapportering. Återkoppling av inkomna avvikelser, klagomål och synpunkter till medarbetare sker i samband med APT och på den dagliga avstämningen.</p> <p>I samband med introduktion får medarbetarna information om rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. Medarbetarna görs även delaktiga i arbetet med utredningen och det finns en punkt på APT-agendan i maj och november där information ges om rapporteringsskyldigheten. Av intervju med medarbetare framgår kännedom om rapporteringsskyldigheten.</p> <p>Det framgår inte hur man följer upp insatta åtgärder till följd av avvikelser och klagomål och utvärderar huruvida dessa har givit förväntad effekt.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten genomförs olika aktiviteter med regelbundenhet, såsom egenkontroller och riskanalyser. Av intervju med verksamhetschef framkommer att åtgärdsplaner upprättas utifrån resultaten med externa och interna mätningar.</p> <p>I verksamheten finns pärmar med rutiner tillgängliga för medarbetarna. Verksamhetschef berättar att dessa uppdateras en gång per år samt när behov uppstår utifrån arbete med avvikelser, och att nytt datum indikerar att rutinen är aktuell.</p> <p>Bedömningen är att arbetet med egenkontroller och riskanalyser inte fullföljs i och med att dokumentation saknas gällande uppföljning av insatta åtgärder och utvärdering av åtgärdernas effekt. I samband med avtalsuppföljningen framkommer att åtgärdsplaner framtagna utifrån avvikelser, klagomål och synpunkter inte följs upp i den utsträckning att det går att bedöma på vilket sätt kvalitetsutveckling sker utifrån rapporterade händelser.</p> <p>Verksamheten behöver utveckla på vilket sätt man arbetar med uppföljning av insatta åtgärder och utvärderar effekten av dessa. Av rutin för riskanalys identifieras att ansvarsfördelningen mellan verksamhetschef och gruppchefer är svår att gränsdra. Vid granskning av rutiner framkommer att vissa av rutinerna inte är uppdaterade i enlighet med beskrivet arbetssätt.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten pågår ett arbete med att skriva genomförandeplanerna digitalt i stället för med penna och papper.</p> <p>Av genomförandeplanen ska det framgå på vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet. Planerat datum för uppföljning av genomförandeplanen ska framgå, och genomförandeplanen ska uppdateras minst två gånger per år.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Av den dokumentation som granskats framgår att avvikelser från genomförandeplanen och händelser av vikt finns dokumenterade. Språket är genomgående respektfullt.</p> <p>Av granskad dokumentation framkommer att journalanteckningar förs både med papper och penna och digitalt. Verksamheten ska föra sammanhållen social journal. Dokumenterat samtycke saknas, samt rutin för hur detta ska ske. Handlingar och dokumentation som rör den enskilde förvaras i pärm. Dokumentation och andra handlingar som rör den enskilde ska samlas i en personakt som förvaras inlåst.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten granskar social dokumentation, men kan under tillfället för uppföljningen inte uppvisa dokumenterad egenkontroll av social dokumentation. Vidare behöver verksamheten göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap	Kontaktmannaskapet och dess innebörd är inte tillämpligt för verksamheten. I

Delområde	Kommentar
● 3. Godkänd	nattpatrullen hålls en hög personalkontinuitet.
Tillgänglighet och information ◆ 2. Delvis godkänd	I verksamheten finns en checklista för mottagande av ny kund. Verksamheten behöver ge skriftlig väsentlig information om verksamheten till nya kunder, såsom kontaktuppgifter till verksamheten och information om var de kan vända sig med klagomål och synpunkter.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	I verksamheten har man värdegrundstavlor, och hänvisar till värdegrunden i olika typer av samtal med medarbetare. Solna stads kvalitetsdeklaration för trygghetslarm ges till nya kunder.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheterna har en upprättad rutin för hur de arbetar med stöd till anhöriga.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	I verksamheten finns rutin för hot och våld utifrån ett arbetsmiljöperspektiv. Av intervju med medarbetare framgår att rutinen är implementerad i verksamheten. Det finns en rutin för agerande vid misstanke om våld i nära relationer.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin och utrustning för en säker nyckelhantering.
Privata medel ■ Ej genomförd	Ej aktuell.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Det finns en rutin för tystnadsplikt som varje ny medarbetare tar del av, skriver under och får en kopia av. Av intervju med medarbetare framgår att tystnadsplikten är känd.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

PROFFSSYSTEMN



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför år 2021 en uppföljning av LOV-avtal för utförare inom hemtjänst. Uppföljningen syftar till att säkerställa kvaliteten i verksamheter som har avtal med Solna stad.

Verksamhetsbeskrivning

Aktuell hemtjänst drivs av Proffssystem som har avtal med Solna stad enligt LOV sedan oktober 2010. Huvudkontoret ligger beläget i Kista och för medarbetarna i Solna finns ett kontor på Bagartorpsringen.

Proffssystem har vid uppföljningstillfället den 18 november 2021 totalt 26 kunder i Solna. Proffssystem är även verksam med hemtjänst i Upplands Väsby, Upplands Bro, Järfälla, Ekerö, Sollentuna och i flera av Stockholms stadsdelar.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har använt enkät, dokumentationsgranskning och intervju med verksamhetschef, enhetschef, samordnare och två medarbetare i verksamheten. Under intervjun fick verksamhetschef möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten som besvarats inför besöket.

Kvalitetsutvecklaren besökte verksamheten den 18 november 2021. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat två kunder via telefonsamtal som valt Proffssystem som utförare av hemtjänst. Av intervjuerna framkommer att kunderna är mycket nöjda med hjälpen och det bemötande de får samt att kontaktmannaskapet fungerar väl. Resultat från genomförda intervjuer har återkopplats till verksamhetschef.

I samband med uppföljningen identifierades ett antal utvecklingsområden, som beskrivs under respektive delområde i denna rapport. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Proffssystemens verksamhet i Solna leds av verksamhetschef som är utbildad sjuksköterska. Som stöd till ledningen i det dagliga operativa arbetet har verksamheten en enhetschef och samordnare, vilka ansvarar för den dagliga kontakten med övriga medarbetare, kunder och anhöriga. Det framkommer av intervju med medarbetare att fokuset på kunden är närvarande. Personalkontinuiteten är hög.

Ett utvecklingsområde där förbättringsarbete pågår är social dokumentation och delar av kvalitetsarbetet. De identifierade utvecklingsområden som identifierats beskrivs mer utförligt i kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med handlingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 28 februari 2022. I handlingsplanen ska det ingå en beskrivning av hur verksamheten planerar att arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års 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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
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 2021
Ledning och organisation	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	 4. Uppfyller kraven	 3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	 3. Uppfyller kraven delvis	 3. Uppfyller kraven delvis
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
Säkerhet	 4. Uppfyller kraven	 3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	 4. Uppfyller kraven	 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation

-  4. Uppfyller kraven


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

Personal och utbildning

-  3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Verksamheten behöver förtydliga den generella kompetensutvecklingsplanen.

Status	Utvecklingsområden
 Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Generell kompetensutvecklingsplan

Samverkan

-  4. Uppfyller kraven

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

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

-  3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom två delområden.

Avvikelser behöver dokumenteras i större utsträckning, liksom arbetet med riskanalyser.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Dokumentera avvikelser
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Riskanalyser

Social dokumentation

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom respektive delområde.

Verksamheten behöver säkerställa den sociala dokumentationen i enlighet med riktlinje, samt göra loggkontroll av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.

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

Självbestämmande och integritet

● 4. Uppfyller kraven

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

Bemötande och anhörigstöd

● 4. Uppfyller kraven

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

Säkerhet

◆ 3. Uppfyller kraven delvis

Verksamheten har rutiner alternativt uppvisade arbetssätt utifrån uppsatta kriterier inom respektive delområde, men uppnår ej kravet för godkänt inom ett delområde.

Rutinen för hot och våld måste implementeras i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte	Implementera rutin hot och våld

Status	Utvecklingsområden
bedömd.	

Ekonomisk kontroll

- 4. Uppfyller kraven

Området är godkänt.

Underlag bedömning

Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	I verksamheten finns en anpassad mötesstruktur. APT hålls sex gånger per år, protokoll förs och finns tillgängliga för medarbetarna. Samordnare informerar även om punkterna via telefon till de som inte haft möjlighet att närvara. En gång per vecka hålls veckomöten, som även de protokollförs. Två gånger per år hålls planeringsdagar. Kvalitetsledningsgruppen träffas varannan månad och i den gruppen ingår verksamhetschef, samordnare, enhetschef och arbetsmiljö- och kvalitetsansvarig. Varje dag håller samordnare avstämningsmöten med medarbetarna.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamhetschef är utbildad sjuksköterska. I verksamheten finns även en enhetschef och samordnare som leder det dagliga operativa arbetet. Medarbetarna beskriver ett nära ledarskap och en daglig dialog med ledningen. Det finns ett journummer där medarbetarna kan nå arbetsledning under den tid verksamhet bedrivs. Det finns en rutin i verksamheten för hur man säkerställer att kvaliteten inte påverkas negativt vid chefsbyte.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Aktuellt IVO tillstånd finns.

Personal och utbildning




Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har en tydlig struktur för introduktion av nya medarbetare. De använder sig av en checklista för de olika teoretiska delarna och informationen hålls av verksamhetschef och samordnare. Varje medarbetare får ta del av rutiner och policys som de får ta med sig hem. En kollega i gruppen utses för att hålla i den praktiska introduktionen. Uppföljning av introduktionen görs av chef eller samordnare. Detta dokumenteras i medarbetarens akt.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	Medarbetarnas behov av kompetensutveckling identifieras i ledningsgruppen. Bakgrunden till identifierade behov kan exempelvis vara upprepade avvikelser eller särskilda behov som kunderna har. Det finns en generell kompetensutvecklingsplan i verksamheten och varje medarbetare har en individuell kompetensutvecklingsplan. Den generella kompetensutvecklingsplanen behöver förtydligas med medarbetarnas namn och datum för uppföljning.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	I verksamheten hålls en hög personalkontinuitet. Nya medarbetare presenteras alltid av kontaktman eller av kund annan känd person innan den nya medarbetaren besöker kunden ensam. Detta för att öka tryggheten för den enskilde. Det finns en vice kontaktman utsedd.

Samverkan




Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan	Det finns en rutin i verksamheten för extern samverkan där externa aktörer identifierats. Verksamheten följer förvaltningens olika samverkansrutiner och

Delområde	Kommentar
 3. Godkänd	samordnare brukar delta på förvaltningens samverkansmöten.
Verksamhetens interna samverkan  3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för intern samverkan. Av intervju med medarbetare framkommer att de upplever att intern samverkan fungerar väl.



Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete  3. Godkänd	<p>I samband med introduktionen introduceras medarbetarna i verksamhetens kvalitetsarbete. Det finns en pärm tillgänglig för medarbetarna med en överblickbar struktur som gör det lätt att hitta den rutin man söker. Nya rutiner går igenom på veckomöten eller APT och medarbetarna ombeds läsa rutinerna. En gång per år deltar medarbetarna i planeringsdagar där hela gruppen får möjlighet att ha dialog om frågor rörande kvalitetsutveckling.</p> <p>Återkoppling av utredda händelser sker i samband med möten, men även på de dagliga avstämningarna. Återkoppling av interna och externa uppföljningar och undersökningar återkopplas till medarbetare på APT, veckomöten och planeringsdagar.</p>
Verksamhetens arbete med avvikelser  2. Delvis godkänd	<p>I verksamheten finns en struktur för hur man arbetar med avvikelshantering. Medarbetarna som intervjuats har kännedom om avvikelshantering, och rapportering av klagomål och synpunkter. De är även införstådda med rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah. I samband med introduktionen får medarbetaren kännedom om rapporteringsskyldigheten, och därefter lyfts frågan på APT som en stående punkt.</p> <p>Med anledning av att antalet rapporterade avvikelser, klagomål och synpunkter är få i verksamheten är det svårt att bedöma huruvida kvalitetsutveckling sker utifrån dessa.</p>
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete  2. Delvis godkänd	<p>Verksamheten har en struktur för hur de arbetar med kvalitetsutveckling. I verksamheten genomförs egenkontroller med identifierade utvecklingsområden. Riskanalyser görs enligt verksamhetschef regelbundet. Lokala rutiner finns tillgängliga för medarbetarna i en pärm på respektive kontor. Just nu revideras dessa och det pågår ett arbete med att digitalisera ledningssystemet så att medarbetarna kan nå rutiner från mobiltelefonen.</p> <p>Det framgår inte när riskanalyserna har upprättats/senast reviderats, vilket behövs för att verksamheten ska kunna följa arbetet och utvärdera effekterna av de åtgärder som sätts in.</p>



Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan  2. Delvis godkänd	<p>Granskningen av den sociala dokumentationen visar att kunderna har en aktuell genomförandeplan. Det framgår att den enskilde varit delaktig.</p> <p>Av genomförandeplanen saknas information om när insatsen ska utföras och av vem. Beskrivningen av hur insatsen ska genomföras behöver förtydligas. Det måste även förtydligas på vilket sätt den enskilde varit delaktig i upprättandet av genomförandeplanen.</p>
Social journal  2. Delvis godkänd	<p>Av de granskade journalerna ses ett varierat intervall mellan anteckningarna. Språket är överlag respektfullt.</p> <p>Journalanteckningar ska föras med regelbundenhet. Kopplingen till genomförandeplanen blir otydlig.</p>
Egenkontroll social dokumentation  2. Delvis godkänd	<p>Av egenkontrollen framkommer att "den röda tråden" i den sociala dokumentation är ett utvecklingsområde i verksamheten. Det finns en rutin för social dokumentation i verksamheten.</p> <p>Verksamheten behöver göra loggkontroller av hur behörigheten till den sociala dokumentationen används.</p>





Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap  3. Godkänd	I verksamheten finns en rutin för kontaktmannaskap där dennes ansvarsområden beskrivs. I samband med intervjun berättar medarbetare att denna är väl förankrad i verksamheten och att ersättare utses vid kontaktmannens frånvaro; det finns en vice kontaktman. Samordnare eller enhetschef följer upp med både kund och medarbetare hur kontaktmannaskapet fungerar, och om kunden inte är nöjd så finns möjlighet att byta. Samtliga kunder har en utsedd kontaktman. Av intervju med kunder framkommer att de upplever sig ha en förtroendefull relation till sin kontaktman.
Tillgänglighet och information  3. Godkänd	Verksamheten har en rutin för mottagande av ny kund. Samordnare gör ett första hembesök och lämnar väsentlig information till kund; dels muntligt, dels genom en pärm som överlämnas. Samordnaren är den person som oftast förmedlar information om tillfälliga förändringar via telefon till kunden.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande  3. Godkänd	Som anställd i Proffssystem förbinder sig medarbetaren att följa verksamhetens bemötandepolicy och värdegrund. Dessa går igenom i samband med anställningen och hålls därefter vid liv i verksamheten genom arbete med fallbeskrivningar och daglig dialog i gruppen.
Stöd till närstående  3. Godkänd	Verksamheten har en rutin och arbetssätt i stöd till anhöriga. De erbjuder anhörigträffar och ger information om var man kan vända sig för att få stöd.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld  2. Delvis godkänd	Det finns en rutin för hot och våld i verksamheten. Verksamheten har upprättat en särskild rutin då våld i nära relationer uppmärksammas. Rutinen gällande agerande vid hot och våld behöver förankras i verksamheten.
Nyckelhantering  3. Godkänd	I verksamheten finns rutin upprättad för hantering av nycklar. Rutinen är känd bland medarbetarna.
Privata medel  3. Godkänd	Det finns rutin för hantering av privata medel som är förankrad i verksamheten.
Tystnadsplikt och sekretess  3. Godkänd	I samband med introduktionen får den nyanställda medarbetaren information om tystnadsplikten och dess innebörd, samt skriver under dokumentet. Medarbetaren får även rutinen utskrivet. Av intervju med medarbetare framgår att tystnadsplikten är väl känd i verksamheten.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																		
Kreditvärdighet  3. Godkänd	Proffssystem Rating 100																		
Skattekontroll  3. Godkänd	Proffssystem <table border="1"> <tr> <td>Organisationsnummer:</td> <td>556629-3907</td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td>Proffssystem i Stockholm 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>Beslutade arbetsgivaravgifter: 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>okt-21</td> <td>994 751,00</td> </tr> <tr> <td>sep-21</td> <td>953 868,00</td> </tr> <tr> <td>aug-21</td> <td>968 334,00</td> </tr> </table>	Organisationsnummer:	556629-3907	Namn:	Proffssystem i Stockholm AB	Godkänd för F-skatt:	JA	Registrerad för moms:	JA	Registrerad som arbetsgivare:	JA	Beslutade arbetsgivaravgifter: 1		okt-21	994 751,00	sep-21	953 868,00	aug-21	968 334,00
Organisationsnummer:	556629-3907																		
Namn:	Proffssystem i Stockholm AB																		
Godkänd för F-skatt:	JA																		
Registrerad för moms:	JA																		
Registrerad som arbetsgivare:	JA																		
Beslutade arbetsgivaravgifter: 1																			
okt-21	994 751,00																		
sep-21	953 868,00																		
aug-21	968 334,00																		



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-02-18
ON/2022:24

Avtalsuppföljning av boendestöd enligt socialtjänstlagen 2021

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner avtalsuppföljningen för 2021.

Sammanfattning

Avtalsuppföljningen omfattar fyra verksamheter och ger stöd till 98 klienter i Solna

Kvalitetsutvecklaren har använt sig av enkät, dokumentationsgranskning samt intervjuat verksamhetschef och medarbetare på plats i verksamheten. Under intervjun har verksamhetschefen givits möjlighet att förtydliga de svar som angivits i enkäten. Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden oktober till november 2021.

Verksamheterna har ett tydligt och nära ledarskap där medarbetarna har kännedom om vem som ska kontaktas i olika frågor. Uppföljningen visar att verksamheterna har utmaningar i sitt arbete med det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamheterna har utvecklat nya arbetssätt med att möta klienterna digitalt.

Verksamheternas arbete med rutiner och implementering har till viss del försvårats när mötet sker digitalt. Verksamheterna har erbjudit e-utbildningar och arbetet med de individuella kompetensutvecklingsplanerna har inte prioriterats. Den sociala dokumentationen har utvecklats gällande genomförandeplaner. Verksamheterna har arbete kvar att göra i den sociala journalen och egenkontroller, vilket är ett fortsatt utvecklingsområde.

Verksamhetscheferna har fått återkoppling i form av en skriftlig rapport där identifierade utvecklingsområden framgår.

Handlingar

Avtalsuppföljningar boendestöd 2021

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Monica Lickander
Kvalitetsutvecklare



Bakgrund

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra uppföljningar av LOV-avtal för utförare inom boendestöd. Syftet med avtalsuppföljningen är att säkerställa att avtalad kvalitetsnivå uppnås och att verksamheterna bedrivs enligt gällande avtal, lagar och föreskrifter.

Uppföljningar görs i alla verksamheter oavsett om de är drivs i privat regi eller i stadens egen regi. Resultatet från uppföljningarna visar hur kvaliteten utvecklas i verksamheterna och vilka utvecklings- och förbättringsområden som finns inom respektive verksamhet. Uppföljningarna syftar även till att identifiera goda exempel på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler solnabor till godo.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

BOENDESTÖD (SOL)



Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Sammanfattande bedömning.....	3
Bedömning.....	5

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling ska årligen genomföra avtalsuppföljningar av verksamheter som tillhandahåller boendestöd för personer med funktionsnedsättning som är beviljade insats enligt SoL. 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 på arbetssätt, som kan ge inspiration till andra verksamheter i syfte att komma allt fler Solnabor till godo.

Omvårdnadsnämnden har haft LOV-avtal gällande boendestöd sedan 2010 och det finns sex utförare att välja mellan och fyra utförare har klienter från Solna. Två utförare, Homsan och Frösunda omsorg har inga klienter i Solna och ingår inte i avtalsuppföljningen,

Avtalsuppföljningen omfattar fyra verksamheter, Nytida med 52 klienter, Funkisgruppen med 23 klienter, Sympati med 14 klienter och Livis Omsorg med nio klienter. Verksamheterna ger stöd till totalt 98 klienter i Solna.

Avtalsuppföljningen har omfattat hela verksamheten utifrån det tecknade avtalet och andra lagar och riktlinjer som styr verksamheten.

Tillvägagångssätt och metod

Kvalitetsutvecklaren har skickat ut en enkät som verksamhetschef har lämnat svar på. Enkäten har varit underlag för uppföljningen med verksamhetschef. Kvalitetsutvecklaren har även intervjuat medarbetare i verksamheten, tagit del av social dokumentation och olika skriftliga rutiner. Uppföljningarna har genomförts vid verksamhetsbesök.

Avtalsuppföljningen har genomförts under perioden oktober till november 2021.

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 senaste den 31 januari 2022 som beskriver hur verksamheterna planerar att arbeta under nästkommande år.

Sammanfattande bedömning

Samtliga verksamheter har tydligt och nära ledarskap där medarbetarna har kunskap om verksamhetens organisation och vem man ska vända sig till i olika frågor. Verksamheterna har genomfört sina arbetsplatsträffar via teams.

Uppföljningen visar att verksamheterna har haft en del utmaningar i sitt arbete med det systematiska kvalitetsarbetet och arbetet med avvikelser under pandemiperioden. Verksamheterna har utvecklat nya arbetssätt med att möta klienterna digitalt på ett annat sätt än tidigare. Klienter har i större utsträckning tackat nej till stöd under den pågående pandemin troligen på grund av rädsla för att bli smittade.

Verksamheternas arbete med rutiner och implementering har till viss del försvårats när mötet sker digitalt. Verksamheterna har erbjudit e-utbildningar under den här perioden och arbetet med de individuella kompetensutvecklingsplanerna har inte prioriterats.

Under avtalsuppföljningen har även den sociala dokumentationen granskats och det har skett en positiv utveckling med genomförandeplaner. Verksamheterna har arbete kvar att göra i den sociala journalen och egenkontroller vilket är ett fortsatt utvecklingsområde.

Verksamheterna har tidigare haft fokus på att utveckla sitt arbete med avvikelshantering för att göra medarbetarna mer delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet och förbättringsarbetet har avstannat under åren. Verksamheterna har delvis kvar sina utvecklingsområden sedan föregående avtalsuppföljning.

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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
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.



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.



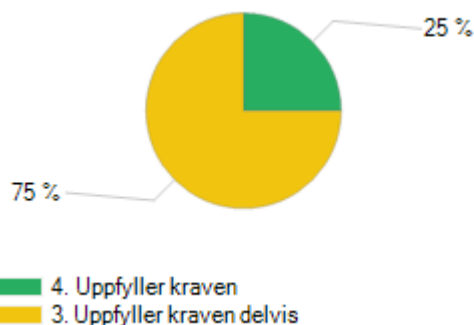
Bedömning

Område	Resultat 2020		Resultat 2021	
Ledning och organisation	4. Uppfyller kraven	100 (%)	4. Uppfyller kraven	25 (%)
			3. Uppfyller kraven delvis	75 (%)
Personal och utbildning	4. Uppfyller kraven	75 (%)	4. Uppfyller kraven	50 (%)
	3. Uppfyller kraven delvis	25 (%)	3. Uppfyller kraven delvis	50 (%)
Samverkan	4. Uppfyller kraven	75 (%)	3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
	3. Uppfyller kraven delvis	25 (%)		
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	4. Uppfyller kraven	75 (%)	4. Uppfyller kraven	25 (%)
	3. Uppfyller kraven delvis	25 (%)	3. Uppfyller kraven delvis	75 (%)
Social dokumentation	4. Uppfyller kraven	50 (%)	3. Uppfyller kraven delvis	100 (%)
	3. Uppfyller kraven delvis	50 (%)		
Självbestämmande och integritet	4. Uppfyller kraven	100 (%)	4. Uppfyller kraven	50 (%)
			3. Uppfyller kraven delvis	50 (%)
Bemötande och anhörigstöd	5. Uppfyller kraven och har ett systematiskt kvalitetsarbete	25 (%)	4. Uppfyller kraven	100 (%)
	4. Uppfyller kraven	50 (%)		
	3. Uppfyller kraven delvis	25 (%)		
Säkerhet	4. Uppfyller kraven	100 (%)	4. Uppfyller kraven	75 (%)
			3. Uppfyller kraven delvis	25 (%)
Ekonomisk kontroll	4. Uppfyller kraven	100 (%)	4. Uppfyller kraven	100 (%)

Schematisk sammanställning över samtliga verksamheter som följts upp 2021

	Nytida	Funkis gruppen	Sympati	Livis omsorg	SUMMA
Ledning & organisation	● 4	◆ 3	◆ 3	◆ 3	13
Personal & utbildning	● 4	● 4	◆ 3	◆ 3	14
Samverkan	◆ 3	◆ 3	◆ 3	◆ 3	12
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	● 4	◆ 3	◆ 3	◆ 3	13
Social dokumentation	◆ 3	◆ 3	◆ 3	◆ 3	12
Självbestämmande & integritet	● 4	◆ 3	● 4	◆ 3	14
Bemötande & anhörigstöd	● 4	● 4	● 4	● 4	16
Säkerhet	● 4	◆ 3	● 4	● 4	15
Ekonomisk kontroll	● 4	● 4	● 4	● 4	16
SUMMA	34	30	31	30	

Ledning och organisation

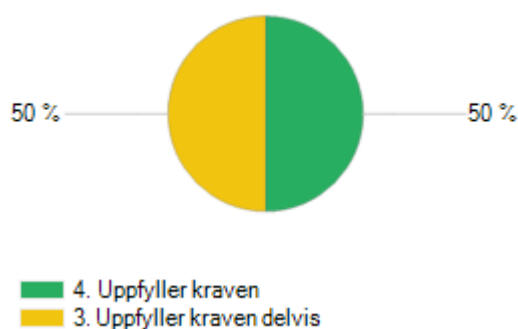


Verksamheterna har ett nära ledarskap och det finns en namngiven ersättare när ordinarie verksamhetschef är ledig. Arbetsledning finns tillgänglig mellan 07.00-22.00 i alla verksamheter. Medarbetarna har regelbundna arbetsplatsträffar tio gånger per år med tydlig agenda och möten som protokollförs och som förvaras i pärm eller digitalt. Under pandemin har möten skett digitalt och en utförare har haft svårt att uppehålla den planerade mötesstrukturen.

Två verksamheter saknar skriftliga rutiner för verksamhetens ledningsstruktur och det finns brister i dokumentationen av vissa möten vilket behöver utvecklas.

Insatsen boendestöd blev tillståndspliktig 2019. Alla verksamheter har aktuella tillstånd från IVO (Inspektionen för vård och omsorg) att bedriva boendestöd.

Personal och utbildning

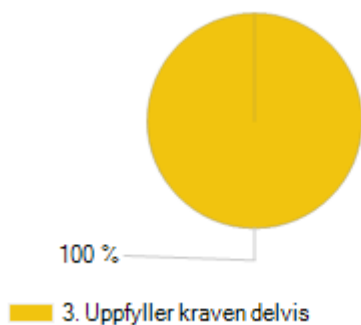


Samtliga verksamheter har rutiner för introduktion av nya medarbetare och det finns checklistor samt skriftligt material att lämna till en ny medarbetare. Verksamheterna följer upp introduktionsrutinen för att säkerställa att inget missas i samband med introduktionen. Verksamhetschefen ansvarar oftast för introduktionen och utser personal som ger nyanställda introduktion. Verksamhetschef följer upp introduktionen av nyanställda för att säkerställa att inget missas.

Två verksamheter saknar en övergripande utbildningsplan. Verksamheterna har arbetat aktivt med att alla medarbetare ska ha individuella kompetensutvecklingsplaner och under pandemin har arbetet halkat efter. Tre av fyra verksamheter har förbättringsområden gällande kompetenssatsningar till medarbetare.

Verksamheterna har tydliga rutiner och arbetssätt för att säkra bemanningen vid planerad och oplanerad frånvaro. Tillgången till vikarier är god. Verksamheterna har rutiner för att inventera rekryteringsbehov både på kort och lång sikt och det är relativt lätt att rekrytera medarbetare med efterfrågad kompetens.

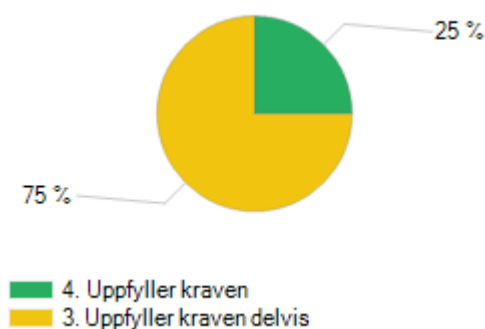
Samverkan



Verksamheterna har inarbetade arbetssätt för att samverka både internt och externt men ofta är arbetssätten inte beskrivna i verksamheternas ledningssystem. Verksamheterna har interna arbetssätt som medarbetarna har kännedom om och som behöver sättas på pränt. Verksamheterna är positiva till samverkan med andra aktörer kring klienten efter att samtycke har inhämtats från den enskilde.

Flertalet verksamheter har rutiner för extern samverkan med andra aktörer. Tre verksamheter har extern samverkan som ett utvecklingsområde avseende att implementera sina samverkansrutiner hos medarbetarna samt att öka sin närvaro på de samverkansmöten som omvårdnadsförvaltningen bjuder in till.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

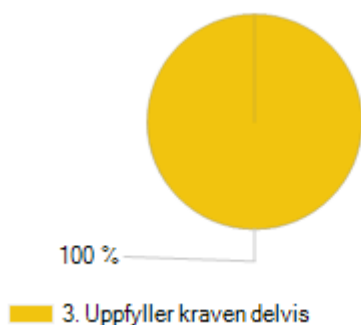


Verksamheter är positiva till att medarbetarna inkommer med förslag, idéer och önskemål om hur arbetet kan utvecklas och verksamheterna har utvecklat sina arbetssätt med hur förslag inhämtas och återkopplas till medarbetargruppen. Året med pandemin har påverkat det systematiska kvalitetsarbetet genom att fysiska inte träffar har kunnat genomföras.

Samtliga verksamheter har rutiner för avvikelserapportering och några av utförarna har verksamhetssystem där medarbetarna kan rapportera avvikelser direkt när de uppmärksammas. Antalet inrapporterade avvikelser är generellt lågt och verksamheterna tillstår att det är ett utvecklingsområde. Verksamhetens medarbetare åtgärdar de flesta avvikelser när de uppstår direkt och troligtvis därav en låg rapportering.

Verksamheterna har generellt ett systematiskt arbetssätt i sitt kvalitetsarbete och gör riskanalyser och egenkontroller. Egenkontroller genomförs oftast utifrån ett planerat årshjul. Rutiner följs upp en gång per år då ledningen ser över att rutiner är aktuella och presenteras sedan muntligt på arbetsplatsträffar. Rutinerna finns tillgängliga på företagets interna webbsida eller i pärmar. Flera verksamheter håller på att se över sina rutiner för att göra de mer lättillgängliga för medarbetarna.

Social dokumentation



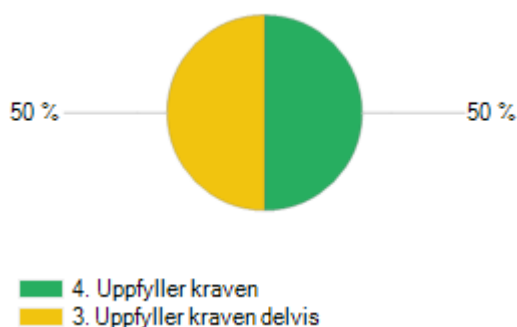
Den sociala dokumentationen har generellt utvecklats sedan uppföljningen 2019 men det kvarstår dock en del utvecklingsarbete inom social journal och egenkontroller. Verksamheterna behöver arbeta vidare med att det finns en röd tråd mellan beställning, genomförandeplan och social journal i arbetet med att uppnå den enskildes mål.

Flera av verksamheterna har infört verksamhetssystem SoL dokumentationen vilket har lett till att dokumentation har utvecklats och förbättrats. Verksamheterna har arbetat med att utveckla sitt arbete med samtycke gällande informationsöverföring och i stort sett alla verksamheter är i mål inom området. Genomförandeplanerna är aktuella och följs upp enligt Solna stads riktlinjer.

Alla verksamheter gör någon form av egenkontroll av den sociala dokumentationen. I några verksamheter kan

detta ske på ett mer systematiskt sätt genom att sammanställa och analysera det som framkommer för att hitta förbättringsområden. Egenkontrollerna varierar från en gång i månaden till två gånger per år.

Självbestämmande och integritet



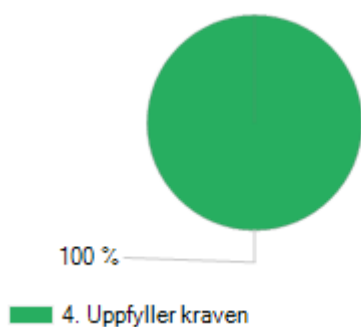
Verksamhetens medarbetare arbetar med att skapa förtroendefulla relationer och dialog med klienterna för att kunna utföra de beviljade insatserna. Klienternas delaktighet framkommer som tydligast i utformandet av genomförandeplanen när insatser planeras och hur stödet ska utföras. Boendestödjaren använder sig av flera arbetsmetoder såsom "Ett självständigt liv", "Learning by doing", "Motiverande samtal" samt att möta varje klient individuellt.

Verksamheterna arbetar med kontaktmannaskap och uppdraget finns beskrivet och är förankrat hos medarbetarna. Två verksamheter behöver utveckla sin rutin gällande kontaktmannaskapet och göra det tydligare med vad som ingår i uppdraget. Kontaktmannen ansvarar för att upprätta genomförandeplanen och ge stöd till klienten vid t.ex. möten. Klienten har oftast en till två boendestödjare som ger stöd.

Verksamheterna har skriftliga rutiner och checklistor för att ta emot en ny klient. Vid första besöket lämnas skriftlig information om verksamheten samt utförarens kontaktuppgifter och information om klagomål och synpunkter. Kontaktmannen ansvarar sedan för att ge löpande information från verksamheten.

Vid förändringar i stödet skickas ofta sms eller mejl till klienten och ibland genom telefonsamtal. Hur klienten vill få sin information finns beskrivet i inhämtat samtycke. Tillgängligheten till verksamheterna är generellt hög.

Bemötande och anhörigstöd



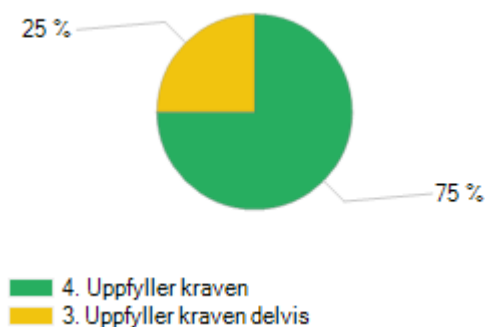
Verksamheterna arbetar med bemötandefrågor på arbetsplatsträffar och planeringsdagar utifrån den värdegrund som verksamheterna har tagit fram. Verksamheterna har väl inarbetade arbetssätt för att skapa en förtroendefull relation med varje klient genom att matcha "rätt" medarbetare samt genom att ha en hög personalkontinuitet. Verksamheterna har under året arbetat med att varje klient ska kunna ta emot två boendestödjare för att göra utförandet mindre sårbart.

Alla verksamheter har kännedom om kvalitetsdeklarationen för boendestöd, och använder det som en del i sina uppföljningar.

Verksamheter har rutiner för stöd till anhöriga och grunden utgår från varje klients inhämtade samtycke. Verksamheterna uttrycker dock att det finns metoder för att trygga anhöriga utan att bryta mot tystnadsplikten.

Verksamhetscheferna erbjuder ofta stödsamtal om behov finns och är behoven storhänvisar utförarna till anhörigstödet i Solna.

Säkerhet

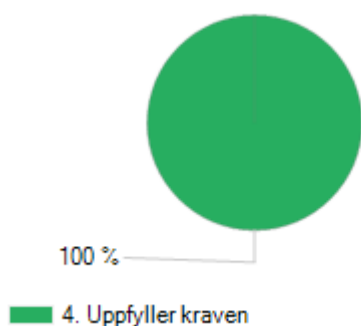


Verksamheter har rutiner för sekretess och tystnadsplikt och rutinen ingår som en del i introduktionen och lyfts på arbetsplatsträffar en gång per år.

Rutiner för privata medel och nyckelrutiner finns i verksamheterna om behov skulle uppstå. Boendestödjaren ger sällan stöd med privata medel och klienten öppnar dörren själv för boendestödjaren vid de inplanerade besöken.

Alla verksamheter förutom en har rutiner om hot och våld. Verksamheterna har inkluderat handlingsplaner för hur personalen ska agera vid misstanke om våld i nära relation.

Ekonomisk kontroll



Samtliga utförare av boendestöd har godkänd kreditvärdighet och kontroll av skatter och arbetsgivaravgifter.

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

FUNKISGRUPPEN



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför en avtalsuppföljning varje år. I år har en avtalsuppföljning gjorts på samtliga delområden i verksamheten.

Solna stad, omvårdnadsförvaltningen, har ett LOV-avtal med Funkisgruppen sedan maj 2015.

Funkisgruppen är ett svenskt aktieföretag där Transport IT Group AB, är majoritetsägare. Företaget växer och bedriver förutom boendestöd även daglig verksamhet, ledsagning, personlig assistans och avlösarservice enligt lagen om stöd och service (LSS) och har etablerat sig i flera kommuner. Funkisgruppen har tagit över delar av Bra Livs verksamhet under 2020 vilket har medfört ett större antal kunder och medarbetare har tillkommit under året.

Funkisgruppen har beviljats tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att bedriva boendestöd. Funkisgruppen ger boendestöd till 23 medborgare i Solna.

Funkisgruppen har sina lokaler på Korta gatan i Solna där personalmöten äger rum och där personalen kan dokumentera. Där finns även möjlighet för personalen att träffa sina klienter.

Kvalitetsutvecklaren har gjort sin uppföljning i verksamheten den 4 november 2021.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp hela verksamheten och en enkät har skickats ut som legat till grund för uppföljningen. Inför uppföljningen har kvalitetsutvecklaren tagit del av verksamhetens kvalitetsberättelse och tidigare uppföljningar. Vid uppföljningen deltog uppdragschef och strategisk chef inom Funkisgruppen. Kvalitetsutvecklaren har intervjuat två medarbetare inom boendestödsverksamheten samt tagit del av tre personakter efter inhämtat samtycke.

Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av rutiner och annan dokumentation under uppföljningstillfället. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har en tydlig organisation och ett nära ledarskap. Verksamheten har påbörjat sitt arbete med kompetensutveckling under hösten i liten skala med fysiska träffar och ett färre antal medarbetare. Verksamheten har ett flexibelt arbetssätt med ett tydligt klientfokus för att skapa dialog och delaktighet vid insatsernas genomförande.

Verksamheten har ett systematiskt kvalitetsarbete och arbetar ständigt med att utveckla verksamheten. Verksamheten behöver se över sina stödfunktioner till nyrekryterade chefer samt att öka medarbetarnas kännedom om avvikelser och att dessa dokumenteras på ett tydligt sätt för att bli en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamhetens utmaning är att säkerställa att den sociala dokumentationen sker utifrån de lagar och riktlinjer som finns.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med utvecklingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden senast 31 januari 2022. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man tänker arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklaren kommer följa upp hur arbetet fortlöpt i samband med nästa års uppföljning samt löpande under året vid behov.

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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
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.



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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	4. Uppfyller kraven	3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	4. Uppfyller kraven	4. Uppfyller kraven
Samverkan	4. Uppfyller kraven	3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	3. Uppfyller kraven delvis	3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	3. Uppfyller kraven delvis	3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	4. Uppfyller kraven	3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	4. Uppfyller kraven	4. Uppfyller kraven
Säkerhet	4. Uppfyller kraven	3. Uppfyller kraven delvis
Ekonomisk kontroll	4. Uppfyller kraven	4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation



Det finns tydlig rutin och struktur för möten och mötesprotokoll som är tillgänglig för medarbetarna. Verksamheten behöver se över sina rutiner vid chefsbyten för att inte påverka verksamhetens kvalitet negativt.

Status	Utvecklingsområden
Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Rutin för att säkerställa kvaliteten vid chefsbyte.

Personal och utbildning



Det finns rutiner för att säkerställa bemanning och rekrytering av nya medarbetare. Verksamheten har arbetssätt för kompetensutveckling för alla medarbetare.

Samverkan



Rutiner finns och tillämpas inom området. Rutinen för extern samverkan kan utvecklas och bli tydligare.

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

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Rutiner finns och tillämpas i viss utsträckning inom området. Verksamheten behöver arbeta för en ökad tillämpning av rutin för avvikelserapportering.

Status	Utvecklingsområden
<input checked="" type="checkbox"/> Aktiviteten pågår enligt plan.	Verksamhetens arbete med avvikelser

Social dokumentation



Rutiner finns för social dokumentation och tillämpas delvis. Verksamheten behöver säkerställa att innehållet i genomförandeplaner beskriver hur insatser ska utföras samt att det finns en röd tråd i den sociala dokumentationen.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Genomförandeplan
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social dokumentation och egenkontroll
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

Självbestämmande och integritet



Rutiner finns och tillämpas inom området. Rutinen för kontaktmannaskap behöver ses över för att säkerställa hur kontaktmannen ersätts vid frånvaro.

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

Bemötande och anhörigstöd



Rutiner finns och tillämpas inom området.

Säkerhet



Rutiner finns och tillämpas inom samtliga områden. Rutinen för hot och våld behöver ses över och förtydligas.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Hot och våld

Ekonomisk kontroll



Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven enligt avtalet.



Underlag bedömning

Ledning och organisation



Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har en strukturerad och anpassad mötesstruktur för verksamheten som är känd hos medarbetarna. Verksamheten har möten på olika nivåer, chefsmöten, möten för samordnare och arbetsplatsträffar för medarbetare en gång i månaden. Det finns en tydlig agenda för respektive möte och alla möten protokollförs. Protokollen finns tillgängliga på Funkisgruppens intranät dit alla medarbetare har tillgång. Under den pågående pandemin har möten genomförts via teams och fysiska möten har börjar komma igång nu under hösten i liten skala vilket är uppskattat.
Verksamhetens organisation och ledning ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamhetens organisation är beskriven i en rutin med tydlig ansvarsfördelning som är förankrad hos medarbetare. Namngiven ersättare finns vid chefsfrånvaro. Ledningsorganisationen har utvecklats till två ledningsgrupper med olika fokus, en operativ ledningsgrupp och en administrativ ledningsgrupp. Boendestödsverksamhetens uppdragschef är relativt ny och har arbetat i verksamheten i nio månader. Uppdragschefen är utbildad personalvetare och har som stödfunktioner två samordnare som planerar det dagliga arbetet och coachar boendestödjaren i det dagliga arbetet. Uppdragschef har en mentor i ledningsgruppen som stöd för att bolla olika frågor. Verksamheten har haft en viss omsättning på chefer inom boendestöd och saknar rutiner för att säkerställa kvaliteten vid chefsbyten vilket behöver utvecklas. Verksamhetscheferna och samordnare ansvarar tillsammans för att bevaka den jourtelefon som finns för medarbetarna att ringa till om behov uppkommer.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Funkisgruppen har tillstånd från IVO att bedriva boendestöd.

Personal och utbildning




Delområde	Kommentar
●	Verksamheten har rutin för introduktion till nya medarbetare. Uppdragschef och samordnare ansvarar för att introducera nya medarbetare. Introduktionen är individuellt utformad utifrån vilka/vilken klient medarbetaren ska ge stöd till. Det finns en checklista som stöd för introduktionen där uppföljning av introduktionen framgår. Verksamheten har ett skriftligt material att lämna till nya medarbetare och introduktionen följs upp efter en månad.
●	Verksamheten har en samlad plan för kompetensutveckling som innehåller introduktionsutbildningar via podcast, utbildning i bemötande och funktionsnedsättning, HLR samt krishantering. Vidare erbjuder verksamheten

Delområde	Kommentar
	utbildning i det svåra samtalet, hot och våld och konflikthantering. Den övergripande kompetensutvecklingsplanen ska revideras i januari 2022. Under hösten genomför verksamheten medarbetarsamtal och samlar in utbildningsbehov för den individuella kompetensutvecklingsplanen vilket ligger till grund för den övergripande planen för nästa år. Verksamheten har arbetssätt för att planera in utbildningar i sitt årshjul för att säkerställa att utbildningar genomförs. Under den senaste året har enbart webbutbildningar genomförts och första fysiska utbildningssatsningar har genomförts under hösten i lågaffektivt bemötande.
	Verksamheten gör inventeringar utifrån den kompetens som finns hos medarbetare i verksamheten när de får en ny klient. Samordnaren har uppstartsmöte med nya klienter och utifrån behoven görs matchningar med befintliga medarbetare för att utse boendestödjare. Verksamheten har flera tillsvidareanställda och det finns tillgång till vikarier samt att när medarbetare är sjuka så arbetar verksamheterna över de geografiska gränserna för att hjälpa varandra. Personalkontinuiteten är hög då klienterna ofta bara har en till två boendestödjare som ger stöd.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare  3. Godkänd	Verksamheten har rutin för rekrytering av nya medarbetare. Vid nyrekrytering efterfrågas som lägst gymnasiekompetens samt erfarenhet av målgruppen. Vid intervjun säkerställs att medarbetarna har språkliga förutsättningar till att utföra uppdraget.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan  2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutin för extern samverkan. Rutinen kan utvecklas med hur samverkan med förvaltningen och handläggare ska ske. Verksamheten är positiv till en bred samverkan för att säkra upp kring klienten under förutsättning att inhämtat samtycke finns från den enskilde.
Verksamhetens interna samverkan  3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för intern samverkan och oftast så sker det genom telefonsamtal eller sms. Det finns också möjlighet att komma in till kontoret för att diskutera olika frågor med samordnare. Boendestödjarna har regelbundna möten via teams och fysiska möten kommer att komma igång under hösten.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
	Medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet sker genom personalmöten, medarbetarsamtal och personalenkäter. Medarbetarna uppmuntras att föra fram utvecklingsområden vid möten och verksamheten har tagit fram en rutin för hur förbättringsförslag återkopplas till medarbetarna. Nya och utarbetade rutiner presenteras och förankras för medarbetarna på arbetsplatsträffar. Medarbetare lyfter att det är korta beslutsvägar och att möjligheten att vara med och utveckla verksamheten är stor.
	Det finns rutiner för avvikelserapportering som diskuteras på arbetsplatsträffar. Verksamheten påminner medarbetarna om vikten av att skriva avvikelser i sitt månadsbrev och veckobrev men det är svårt att få in avvikelser. Boendestödjaren vidtar fortfarande åtgärder direkt och glömmar ibland att dokumentera, vilket medför att det systematiska kvalitetsarbetet försvåras. Avvikelser har en stående punkt på arbetsplatsträffar för att hela tiden vara aktuell. Under den pågående pandemin har vissa delar saktat in då träffar har genomförts via teams men frågan är aktuell och det finns förslag på olika åtgärder för att fånga in avvikelsearbetet.
	Verksamheten har en tydlig struktur för att arbeta med det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamheten använder sig av ett årshjul för uppföljning och egenkontroller. <u>Riskanalyser</u> Verksamheten gör riskanalyser på verksamhetsnivå inom förhandsdefinierade områden samt om det sker förändringar av verksamheten under året. Riskanalys genomförs också kring varje klient utifrån en framtagen mall för att ingen del ska glömmas bort. <u>Egenkontroller</u> Verksamheten gör egenkontroller fyra gånger per år. Områden som följs upp är social dokumentation, inrapporterade avvikelser, klienter som tackar nej, klagomål och synpunkter och medarbetares attityder. Verksamhetschefen har ett årshjul som stöd för att säkerställa att aktiviteter genomförs som planerat samt samordnare utför några av egenkontroller och sammanställer resultat till uppdragschefen.

Delområde	Kommentar
	<p>Rutiner</p> <p>Kvalitetschefen ansvarar för att rutiner är aktuella vilket ingår i den egenkontroll som genomförs under året. Vid revidering av rutiner görs en muntlig genomgång till medarbetarna på arbetsplatsträffar. Vissa rutiner som granskades hade lite äldre datum och svårt att utläsa om dessa har setts över eller inte.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamhetens samtliga klienter har en upprättad och aktuell genomförandeplan. Genomförandeplanen innehåller mål och delvis hur stödet ska utföras. Det finns delmål, dock kan det vara svårt att mäta mot målen. Verksamheten behöver utveckla när och hur i genomförandeplanen för att tydliggöra vad som ska göras vid varje besökstillfälle.</p> <p>Klienternas delaktighet besvaras med en ja eller nej fråga - det framgår inte hur den enskilde varit delaktig i upprättandet. Det framgår av planen i vilken utsträckning samverkan ska ske med andra samt att inhämtat samtycke finns i personakten. Det finns datum för uppföljning i genomförandeplanen som är inom avtalat intervall det vill säga sex månader.</p>
<p>Social journal</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten för social journal som vid granskning ses som sammanfattningar vid tillfället när stödet ges. Journalanteckningar har fokus på det som har utförts i form av aktiviteter som också finns i genomförandeplanen. Journalen innehåller ett fåtal avvikelser och det går inte att utläsa när t. ex genomförandeplanen har upprättats. Det är svårt att se hur den enskildes stöd utvecklas över tid och att arbetet görs strukturerat utifrån de mål som finns i genomförandeplanen.</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har rutiner för social dokumentation som inte är helt aktuella utifrån gällande SOSFS 2014:5 vilket behöver ses över. Dokumentationsrutinen är känd hos medarbetare men arbetssättet är inte förankrat. Verksamheten gör egenkontroll på social dokumentation fyra gånger per år och verksamheten är medveten att det finns förbättringsområden inom den sociala dokumentationen.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
<p>Delaktighet och kommunikation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten arbetar utifrån ett flexibelt arbetssätt för att möta varje klient individuellt. Delaktigheten för klienten framkommer främst vid upprättandet av genomförandeplanen, när och hur insatser ska utföras vilket inte riktigt framkommer på ett tydligt sätt. Klienten har oftast en boendestödjare som ansvarar för att förmedla information om förändringar i verksamheten. Boendestödjaren ansvarar för att fånga in synpunkter från klienterna som förmedlas vidare till samordnare och verksamhetschef.</p> <p>Alla klienter informeras om möjligheten att påverka genom att komma in med synpunkter och klagomål vid behov.</p>
<p>Kontaktmannaskap</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten arbetar med kontaktmannaskap och det finns rutiner för vad som ingår i uppdraget. Rutinen för uppdraget behöver utvecklas med hur en kontaktman ersätts vid längre frånvaro och möjligheten att byta kontaktman om det inte fungerar så bra. Klienterna har oftast stöd av en boendestödjare och ibland två om klienten har många timmar beviljat. Kontaktmannen ansvarar för att upprätta genomförandeplanen och följa upp hur insatserna utvecklar sig. Klienterna har fått muntlig information om att det är möjligt att byta boendestödjare om den enskilde inte är nöjd.</p>
<p>Tillgänglighet och information</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har en genomarbetad rutin för att ta emot nya klienter och det finns skriftlig information att lämna. Det är samordnaren som tar emot en ny klient och upprättar genomförandeplanen. Samordnaren ansvarar även för att matcha medarbetarens kompetens utifrån den enskildes stödbehov. Verksamheten förmedlar ofta sin information via boendestödjaren, mejl eller sms. Vid tillfälliga förändringar får klienterna information främst genom telefonsamtal, sms eller mejl. Det framkommer i genomförandeplanen hur kommunikationen ska ske vid förändringar.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
<p>●</p>	<p>Verksamhetens värdegrund diskuteras på arbetsplatsträffar och planeringsdagar för att säkerställa att den är känd hos alla medarbetare. Genomgång av</p>

Delområde	Kommentar
	värdegrunden görs utifrån fasta perioder då den lyfts för diskussion på personalmöten för att den hela tiden ska vara aktuell. Boendestödjaren arbetar i nära dialog med klienten för att skapa trygghet i de insatser som ges och för att skapa en förtroendefull relation.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten har en rutin som beskriver hur stöd till närstående ska ges. Verksamheten utgår från klientens inhämtade samtycke om informationsöverföring vid samtal med närstående. Om behovet av stöd upplevs som stort hänvisar verksamheten till det anhörigstöd som finns i Solna stad.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har rutiner för hot och våld och rutinerna är förankrade hos medarbetarna. Rutinerna behöver ses över och eventuell struktureras om för att bli tydligare. Handlingsplan för vilka åtgärder som ska vidtas kan utvecklas och bli tydligare.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutin för nyckelhantering finns inom verksamheten både för verksamhetens nycklar och klienters nycklar. Det är ovanligt att verksamheten handskas med klienters nycklar då klienterna öppnar själva vid inplanerade besök.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutin för privata medel finns. Det är ovanligt att boendestödjare ger stöd i hantering av privata medel utan klienten sköter sin egen ekonomi.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutin för tystnadsplikt och sekretess. Rutinen lyfts regelbundet på arbetsplatsträffar och samtliga medarbetare skriver under sekretessavtalet vid introduktionen.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Funkisgruppen Rating 78
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Funkisgruppen Funkisgruppen Organisationsnummer: 556881-6283 Namn: Funkisgruppen AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter: 1 okt-21 1 058 824,00 sep-21 1 065 221,00 aug-21 1 195 348,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

LIVIS OMSORG



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför avtalsuppföljningar varje år och i år har uppföljning gjorts av samtliga delområden för verksamheten. Livis Omsorg boendestöd erbjuder tjänster enligt socialtjänstlagen (SoL) men också insatser utifrån lagen om stöd och service (LSS).

Solna stad, omvårdnadsförvaltningen, har ett LOV-avtal med Livis omsorg boendestöd sedan juli 2017. Livis omsorg har sina lokaler på Jungfrugatan i Stockholm och där har verksamheten sina arbetsplatsträffar och utbildningar, medarbetarna har även tillgång till datorer för att dokumentera. Vid uppföljningen har nio Solnabor insatser från Livis omsorgs boendestöd.

Kvalitetsutvecklaren gjorde avtalsuppföljningen i verksamheten den 8 oktober 2021.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp hela verksamheten och en enkät har skickats ut som legat till grund för uppföljningen. Inför uppföljningen har kvalitetsutvecklaren tagit del av verksamhetens kvalitetsberättelse och tidigare uppföljningar. Vid uppföljningen deltog verksamhetens VD och verksamhetschef. Kvalitetsutvecklaren har intervjuat en medarbetare inom boendestödsverksamheten samt tagit del av fyra personakter efter inhämtat samtycke.

Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av rutiner och annan dokumentation under uppföljningstillfället. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten är välfungerande med en tydlig organisation och ett nära ledarskap och har utvecklat sina arbetssätt med ett uppstartsteam som tar emot nya klienter. Uppstartsteamet ansvarar även för introduktion av nya medarbetare. Verksamheten har påbörjat en översyn av delar av ledningssystemets olika rutiner och har medarbetare med i det arbetet för att förenkla så att rutiner är mer tillgängliga. Verksamheten arbetar med tydliga mål och värdegrund, och arbetssätt och metoder är implementerade hos medarbetarna.

Verksamheten har inte erbjudit så mycket kompetensutveckling under pandemiperioden utan enbart kortare e-utbildningar. Verksamheten har ett digitalt dokumentationssystem och den sociala dokumentationen har utvecklats, det finns dock en del utvecklingsområden kvar att arbeta vidare med, såsom innehållet i socialjournal. Verksamheten behöver se över sina rutiner och arbetssätt inom både den interna och externa samverkan och beskriva sina arbetssätt och förankra det i arbetsgruppen.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplanplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 31 januari 2022. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur arbetet fortlöpt under året samt vid nästa års uppföljning av verksamheten.

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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
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.



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.



arbetet med att åtgärda identifierade brister.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
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	3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	4. Uppfyller kraven	3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	4. Uppfyller kraven	3. Uppfyller kraven delvis
Bemötande och anhörigstöd	5. Uppfyller kraven och har ett systematiskt kvalitetsarbete	4. Uppfyller kraven
Säkerhet	4. Uppfyller kraven	4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	4. Uppfyller kraven	4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation



Verksamhetens ledningsgrupp har möte varje vecka där avvikelser och föregående vecka stäms av. Ledningsgruppen behöver utveckla sitt sätt att dokumentera det som framkommer på ett systematiskt sätt. Verksamhetens organisationsstruktur är tydlig och förankrad.

Status	Utvecklingsområden
Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens ledningsgrupp

Personal och utbildning



Verksamheten har rutiner för introduktion av nya medarbetare och arbetar systematiskt vid rekrytering av nya medarbetare. Verksamheten behöver ta fram individuella kompetensutvecklingsplaner för medarbetarna.

Status	Utvecklingsområden
Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Individuella kompetensutvecklingsplaner

Samverkan



Verksamheten behöver utveckla sina rutiner för intern och extern samverkan och implementera det i verksamheten.

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



Verksamheten har utvecklat sitt arbete kring avvikelser och medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet. Verksamheten behöver göra en översyn av sina rutiner.

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

Social dokumentation



Verksamheten har upprättade genomförandeplaner för samtliga brukare. Verksamheten behöver fokusera kring arbetet med social journal och de egenkontroller som görs veckovis.

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

Självbestämmande och integritet



Verksamheten har rutiner för att stärka klienternas självständighet. Verksamheten har förändrat sitt arbete med uppstartsteam vilket innebär att rutinen för kontaktmannaskapet behöver ses över.

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

Bemötande och anhörigstöd



Verksamhetens värdegrund är implementerad hos medarbetarna och verksamheten har utvecklat en värdegrundsgaranti som lämnas till alla klienter.

Säkerhet



Verksamheten har skriftliga rutiner och checklistor för samtliga delområden och rutinerna är kända och tillämpas hos medarbetarna.

Ekonomisk kontroll



Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven enligt avtalet.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov 2. Delvis godkänd	Verksamheten har arbetsplatsträffar 10 gånger per år och senaste året har dessa genomförts digitalt. Möten protokollförs och finns tillgängliga i en pärm på kontoret. Verksamheten har planeringsdagar en gång per år. Ledningsgruppen som består av verksamhetschef, enhetschef och samordnare träffas en gång i veckan och gör då egenkontroller på inkomna avvikelser, social dokumentation och frågor som kommit upp. Ledningsgruppen saknar struktur för att dokumentera det som framkommer på ett systematiskt sätt vilket behöver utvecklas. Beslut som fattas följs upp nästkommande möte för att säkerställa att det som planerats har genomförts. Beslut och förändringar som ledningsgruppen fattar presenteras på arbetsplatsträffarna för medarbetarna.
Verksamhetens organisation och ledning 3. Godkänd	Verksamhetschef är utbildad socionom med flera års erfarenhet av arbetsledning och med ansvar för personal- och budgetfrågor. Verksamhetens samordnare ansvarar för att fördela arbetet och bemanningen i verksamheten. Det finns en tydlig organisations- och ledningsstruktur som är känd i medarbetargruppen. Verksamhetschef och samordnare ersätter varandra vid frånvaro. Verksamheten är tillgänglig måndag-fredag 8.00-17.00 och efter kontorstid finns en jourtelefon dit medarbetare och klienter kan ringa för att komma i kontakt med arbetsledningen.
IVO-tillstånd 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd ifrån IVO att bedriva boendestöd.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
	Verksamheten har utvecklat sitt arbete med att introducera nya medarbetare och klienter genom ett uppstartsteam. Uppstartsteamet består av verksamhetschef och samordnare som ansvarar för att introducera nya medarbetare. Verksamheten har rutiner och checklista för introduktion av nya medarbetare och uppföljning görs

Delområde	Kommentar
	efter två månader som dokumenteras. Det finns skriftligt material att lämna till nya medarbetare.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en övergripande kompetensutvecklingsplan för verksamheten. Det har inte upprättats några individuella kompetensutvecklingsplaner för medarbetarna. Under året har det varit svårt att erbjuda längre kurser utan utbildningar som genomförts har varit digitala. Medarbetarsamtalen kommer att ligga till grund för den individuella kompetensutvecklingsplanen för nästa år.
●	Verksamheten har flera tillsvidareanställda med kompetens inom socialpsykiatri som har erfarenhet av att arbeta som boendestödjare. Verksamheten gör sammanställningar av medarbetarnas kompetens för att kunna göra matchningar mot klienternas behov. Medarbetare som saknar utbildning erbjuds kurser och handledning. Verksamheten har tillgång till vikarier och personalkontinuiteten är hög.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för rekrytering av nya medarbetare och efterfrågar gymnasiekompetens vid nyanställning och erfarenhet inom yrkesområdet. Det finns en bred kompetens inom verksamheten. Verksamheten erbjuder vanligtvis kompetensutveckling till medarbetare men under pandemin har utbildning inte kunnat erbjudas som planerat. Verksamheten har erbjudit medarbetare mindre specialuppdrag som att se över rutiner och förenkla dessa för att skapa delaktighet i det systematiska kvalitetsarbetet.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har delvis beskrivit i sina rutiner hur den externa samverkan ska ske. Klientens behov av samverkan beskrivs utifrån inhämtat samtycke men samverkan med andra aktörer kan utvecklas och förtydligas.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har delvis rutiner för den interna samverkan. Verksamheten är relativt liten och det finns en nära samverkan mellan ledning och medarbetare. Samverkan och överlämning sker ofta genom telefonsamtal med samordnare eller verksamhetschef. Rutinen behöver beskriva hur de faktiska arbetssätten för samverkan är för att fånga in den tysta kunskapen i arbetsgruppen.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
●	Verksamhetschef har en genomgång av ledningssystem och verksamhetens rutiner en gång per år. Kvalitetsarbetet har en stående punkt på arbetsplatsträffar för att öka medarbetarnas medverkan i kvalitetsarbetet. Verksamhetens arbete med avvikelser och åtgärdsplaner samt utbildning har ökat medarbetarnas kunskap om medarbetardelaktighet. Medarbetarnas delaktighet har medfört att rollen som kontaktperson har utvecklats med mer ansvar vilket uppskattas av medarbetarna. Verksamhetschefen delar ut rutiner och andra arbetsuppgifter som medarbetarna har avsatt tid i schemat, för att öka medarbetarnas delaktighet i det systematiska kvalitetsarbetet.
●	Verksamheten har rutiner för synpunkter, klagomål och rapport om missförhållanden. Verksamhetschefen sammanställer avvikelser i ett internt system och tar fram handlingsplaner och åtgärder. Inkomna klagomål sammanställs som presenteras på arbetsplatsträffar. Medarbetarna ges också möjlighet att vara med att arbeta fram åtgärder på inkomna avvikelser. Avvikelser sammanställs för att ge underlag för nya utvecklingsområden. Verksamheten har inte haft någon rapport om missförhållanden. Verksamheten har lagt in tid i medarbetarnas schema för dokumentation av avvikelser och annan nödvändig dokumentation vilket har lett till att flera avvikelser inkommit och att medarbetarnas kunskap om avvikelser har ökat.
◆	Verksamheten har ett systematiskt kvalitetsarbete där avvikelser dokumenteras, analyseras, åtgärdas och följs upp. Ärligen sammanställs avvikelser för att utveckla verksamhetens kvalitet. <u>Riskanalys</u> Verksamheten genomför riskanalyser på både verksamhets- och individnivå utifrån fördefinierade områden samt utifrån om det blir tillfälliga förändringar i verksamheten. <u>Egenkontroll</u>

Delområde	Kommentar
	<p>Verksamheten gör egenkontroller två gånger per år utifrån ett antal fördefinierade områden och aktiviteterna finns beskrivna i verksamhetens årshjul.</p> <p><u>Rutiner</u></p> <p>Verksamhetschef tillsammans med biträdande verksamhetschef och samordnare ansvarar för att rutiner är aktuella och uppdaterade. Nya och förändrade rutiner presenteras muntligt på arbetsplatsträffar och publiceras på webben och är på så sätt tillgängliga för medarbetarna. Rutinerna är många och det finns en sammanblandning mellan processer och rutiner och det är svårt att se vilka rutiner som ska gälla. Verksamheten behöver sälla i sina rutiner för att stärka det systematiska kvalitetsarbetet och skapa en tydlig röd tråd av processen för att förenkla för medarbetarna.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Alla klienter från Solna har en uppdaterad genomförandeplan. I genomförandeplanen framgår det mål för insatserna samt hur de ska utföras. Delaktigheten i framtagandet av genomförandeplanen är väl beskrivet. Datum för uppföljning framgår samt vilka som deltagit. Verksamheten har en egen rutin för att inhämta samtycke för informationsöverföring till andra aktörer.</p>
<p>Social journal</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten för löpande journalanteckningar men inte alltid i anslutning till att insatserna har utförts. Det innebär vissa svårigheter i att komma ihåg den faktiska händelsen och att det som skrivs utgår från den faktiska händelsen. Journalanteckningar görs löpande och har fokus på vad man har gjort och mäter inte de uppsatta målen för insatsen i genomförandeplanen. Vidtagna åtgärder vid avvikelser framgår i mindre skala vilket kan utvecklas. Graden av måluppfyllelse är svår att utläsa utifrån den samlade dokumentationen.</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten har en rutin för egenkontroll av social dokumentation som är känd hos ledning/uppstartsteam och delvis hos medarbetare. Egenkontroll av dokumentation görs varje vecka och återkoppling sker i generella frågor till hela medarbetargruppen och ibland individuellt till enskilda medarbetare. Dokumentationsstödjare finns som kan ge stöd till medarbetare och verksamheten har avsatt tid för att kunna dokumentera i lokalen. Innehållet i egenkontrollen kan utvecklas för att fånga in flera utvecklingsområden.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
<p>Delaktighet och kommunikation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten arbetar med att möjliggöra och skapa delaktighet genom förtroendefulla relationer. Boendestödjaren arbetar för att vara tillgänglig och att möta varje klient individuellt. Verksamheten arbetar utifrån "learning by doing". Klientens delaktighet framkommer tydligast i upprättandet av genomförandeplanen när insatser planeras in och hur stöd och mål ska följas upp. Förändringar i verksamheten förmedlas av boendestödjaren. Uppstartsteamet ansvarar för att följa upp att klienterna är nöjda med sina insatser och det görs via telefonsamtal.</p>
<p>Kontaktmannaskap</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Det finns rutiner för kontaktmannaskap och det framgår delvis vad som ingår i uppdraget. Verksamheten har förändrat sina arbetssätt genom att ha ett uppstartsteam vilket innebär att rutinen för kontaktmannens roll behöver uppdateras.</p> <p>Alla klienter har en utsedd kontaktman som ansvarar för att upprätta och följa upp genomförandeplanen och att vara ett stöd vid olika möten utifrån inhämtat samtycke. Det är viktigt att klienten och kontaktmannen trivs med varandra och klienten har möjlighet att byta om samspelet inte fungerar.</p>
<p>Tillgänglighet och information</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Det finns rutiner och checklista för att ta emot ny klient. Nya klienter får en folder som innehåller information om verksamheten och vart klienten kan vända sig vid frågor och synpunkter. Kontaktmannen ansvarar för den kontinuerliga informationen från verksamheten vilket ges både muntligt och skriftligt.</p> <p>Vid tillfälliga förändringar meddelar enhetschef/gruppchef det oftast via sms och i enstaka fall genom telefonsamtal. Hur kommunikationen ska ske vid förändringar finns beskrivet i den sociala journalen.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamhetens värdegrund implementeras på arbetsplatsträffar och planeringsdagar. Verksamheten arbetar med att skapa förtroendefulla relationer genom att vara tillgänglig och möta varje klient individuellt. Livis omsorg har en framtagen värdegaranti som delges alla klienter. Värdegrundsgarantin är implementerad hos medarbetarna och utgör en grund för ett professionellt bemötande. Verksamheten har integrerat Solna stads kvalitetsdeklaration i den egna verksamheten och ingår som en del vid uppstart av ny klient och vid uppföljningar av genomförandeplanen.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamhetschefen arbetar med att ge visst stöd till anhöriga och har kunskap om Solna stads anhörigteam och vad de kan erbjuda. Det finns rutiner för hur verksamhetens medarbetare ska arbeta för att fånga in behov av stöd.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för hot och våld som är implementerade hos medarbetarna och som omfattar hur medarbetare ska handla i olika situationer. Verksamheten har rutiner för att identifiera hot och våld i nära relationer och medarbetarna har fått utbildning att se tecken och kunna påtala behov till verksamhetschefen.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutiner för nycklar finns om det skulle bli aktuellt hos någon klient. I nuläget hanterar inte boendestödet några privata nycklar. Nyckelrutiner finns för verksamhetens nycklar med signeringslista.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutiner för privata medel finns om det skulle bli aktuellt hos någon klient. I nuläget hanterar inte boendestödet några privata medel.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för tystnadsplikt och sekretess, medarbetaren undertecknar avtalet om sekretess och tystnadsplikt i samband med introduktionen.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
Kreditvärdighet ● 3. Godkänd	Livis Omsorg Rating 66
Skattekontroll ● 3. Godkänd	Livis Omsorg <hr/> Organisationsnummer: 556810-7196 Namn: Livis Omsorg AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: NEJ Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter: 1 okt-21 248 920,00 sep-21 271 596,00 aug-21 293 918,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

NYTIDA BOENDESTÖD



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför avtalsuppföljningar varje år och i år har hela verksamheten följts upp enligt avtalet.

Nytida boendestöd erbjuder tjänster enligt socialtjänstlagen (SoL). Solna stad, omvårdnadsförvaltningen, har ett LOV-avtal med Nytida boendestöd sedan februari 2014.

Nytida boendestöd har förvärvat Stöd och resurs boendestöd, som nu ingår som en del av Nytida boendestöd. Verksamheten har lokaler i Solna där arbetsplatsträffar och andra möten äger rum. Vid uppföljningen har 52 Solnabor insatser från Nytida boendestöd.

Kvalitetsutvecklaren genomförde uppföljningen i verksamheten 12 oktober 2021.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp hela verksamheten och en enkät har skickats ut som legat till grund för uppföljningen. Inför uppföljningen har kvalitetsutvecklaren tagit del av verksamhetens kvalitetsberättelse och tidigare uppföljningar. Vid uppföljningen deltog verksamhetschef och enhetschef inom Nytida boendestöd.

Kvalitetsutvecklaren har intervjuat en medarbetare inom boendestödsverksamheten samt tagit del av tre personakter efter inhämtat samtycke.

Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av rutiner och annan dokumentation under uppföljningstillfället. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten håller på att rekrytera en ny enhetschef och verksamhetschefen ansvarar för den nära arbetsledningen. Verksamhetschefen har en enhetschef som hjälp i arbetet. Ledningen är nära och har erfarenhet av arbete i ledande ställning och god kännedom om målgruppen. Verksamheten arbetar nära sina medarbetare för att öka delaktigheten i kvalitetsarbetet och erbjuder kompetensutveckling via sitt utbildningsföretag LÄRA, som finns centralt inom Ambea. Verksamheten dokumenterar i Safedoc och alla genomförandeplaner är uppdaterade. Verksamheten arbetar med tydliga mål och värdegrund och arbetssätt och metoder är implementerade hos medarbetarna. Verksamheten har arbetat intensivt med att öka antalet inrapporterade avvikelser, vilket har gett resultat.

Verksamheten har fortsatt utvecklingsområden inom social dokumentation samt implementera Solna stads övergripande riskanvisningar.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 31 januari 2022. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur arbetet fortlöpt under året samt vid nästa års uppföljning av verksamheten.

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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
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.



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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Personal och utbildning	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
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	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	◆ 3. Uppfyller kraven delvis	● 4. Uppfyller kraven
Säkerhet	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	● 4. Uppfyller kraven	● 4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation



Verksamheten har en tydlig organisation för ledning och mötesstruktur som är implementerad.

Personal och utbildning



Verksamheten har rutiner för introduktion av nya medarbetare och det finns rutiner för kompetensutveckling och rekrytering.

Samverkan



Verksamheten har delvis rutiner för samverkan både externt och internt som kan utvecklas och förtydligas för att sedan implementeras hos medarbetarna.

Status	Utvecklingsområden
—	Samverkan externt

Utvecklingsområden	
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Samverkan internt

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Verksamheten har rutiner och arbetssätt för sitt systematiska kvalitetsarbete. Rutin för avvikelser finns och verksamheten arbetar aktivt med att avvikelser dokumenteras och följs upp.

Social dokumentation



Det finns rutiner för social dokumentation som används och tillämpas. Verksamheten behöver se över sina rutiner att samtycke följs upp minst en gång per år.

Status	Utvecklingsområden
— Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

Självbestämmande och integritet



Verksamheten har rutiner och arbetssätt för att stärka den enskilde i att vara delaktig i stödet som ges.

Bemötande och anhörigstöd



Verksamhetens värdegrund och kunskap om anhörigstöd är implementerad hos medarbetarna. Verksamheten har implementerat kvalitetsdeklarationen hos samtliga medarbetare.

Säkerhet



Verksamheten har rutiner som är tydliga och som tillämpas.

Ekonomisk kontroll



Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven enligt avtalet.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov ● 3. Godkänd	Verksamheten har arbetsplatsträffar för medarbetare en gång i månaden som protokollförs. Verksamheten har även fokusgrupper och inspirationsträffar regelbundet där medarbetarna kan träffas och diskutera olika frågor och utbyta erfarenheter. Det finns också möjlighet för medarbetarna att vid behov ha individuella möten med sin chef för att få stöd i klientarbetet. Ledningsgruppen träffas en gång i månaden för att diskutera övergripande kvalitets- och utvecklingsfrågor som återkopplas till medarbetarna på arbetsplatsträffar. Under pandemin har flertalet möten ägt rum digitalt.
Verksamhetens organisation och ledning ● 3. Godkänd	Verksamheten har haft en del förändringar i sin ledning och nu har verksamheten på området Nord haft en stabil organisation under en längre period. Verksamhetschefen har två enhetschefer som ansvarar för medarbetarsamtal och lönesättande samtal. Enhetscheferna har samordnare som stöttar med den dagliga planeringen. Verksamheten har den utbildningsnivå som omfattar avtalet. Ledningsstrukturen och ansvar är tydligt dokumenterat. Ersättare finns namngiven vid enhetschefens semester eller annan frånvaro. Enhetschef och samordnare ansvarar för det dagliga arbetet och säkerställer att det finns arbetsledning för medarbetare efter kontorstid. Verksamhetens ledningsgrupp samt samordnare avlastar varandra med jourtelefon under en fem veckorsperiod.
IVO-tillstånd ● 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd att bedriva hemtjänst i form av boendestöd.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
Introduktion av nya medarbetare ● 3. Godkänd	Det finns rutin och checklista för introduktion av nya medarbetare. Enhetschefen ansvarar för introduktionen och gör uppföljning med medarbetaren. Uppföljning dokumenteras i introduktionschecklistan. Det finns ett skriftligt material att lämna till nya medarbetare.
Kompetensutveckling ● 3. Godkänd	Verksamhetschefen genomför målsamtal med medarbetarna under hösten då kompetensutveckling lyfts som ett område och en planering görs utifrån medarbetarens behov. Nytida har en grundplattform med baskunskaper som varje medarbetare ska genomföra och webbutbildningar och annan kompetensutveckling erbjuds genom LÄRA som är en del inom Ambea. När medarbetarna har de grundläggande baskunskaperna byggs utbildningen ytterligare på ett individuellt plan utifrån de klienter medarbetaren ger stöd till. Kompetensbehov inventeras och följs upp genom tre olika samtal under året och de individuella satsningarna finns nedtecknade. Övergripande kompetensutvecklingsplan finns för verksamheten.
Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning ● 3. Godkänd	Verksamheten har flera tillsvidareanställda med kompetens inom socialpsykiatri och som har erfarenhet av att arbeta som boendestödjare. Verksamheten gör sammanställningar av medarbetarnas kompetens för att kunna göra matchningar med klienter som har insatser. Verksamheten har tillgång till vikarier och personalkontinuiteten är hög. Om kartläggningen visar att kompetens saknas inom något område så sker kompetensutvecklingen via LÄRA.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för rekrytering av nya medarbetare och efterfrågar gymnasiekompetens vid nyanställning samt erfarenhet inom yrkesområdet. Verksamhetens medarbetare har en bredd av kompetenser och erfarenheter vilket är en viktig del i arbetet som boendestödjare. Verksamheten erbjuder kompetensutveckling och en arbetsplats där medarbetarna kan utvecklas och vara delaktiga. Verksamhetschefen uppger att det finns en utmaning att anställa högskoleutbildade medarbetare med anledning av ekonomin.

Samverkan

Delområde	Kommentar
◆	Verksamheten har delvis rutiner som beskriver hur samverkan externt ska erbjudas utifrån behov och olika aktörer. Samverkan med uppdragsgivare framgår inte och rutinen kan behöva ses över. Verksamheten har ett systematiskt arbete

Delområde	Kommentar
	för att utveckla samverkan speciellt utifrån ett klientperspektiv och det görs utifrån inhämtat samtycke.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har delvis rutiner för hur intern samverkan ska ske mellan olika arbetsgrupper. Stora delar av samverkan och överlämning sker genom telefonsamtal med gruppchef och enhetschef. Medarbetarna erbjuds också individuella möten med enhetschef. Samverkan internt behöver utvecklas och bli än tydligare.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamhetens medarbetare är delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet på arbetsplatsträffar, inspirationsdagar och fokusträffar. Kvalitetsarbetet sker i nära dialog med medarbetarna och avvikelser presenteras och analyseras på arbetsplatsträffar. Nya rutiner och förändrade rutiner diskuteras på arbetsplatsträffar och finns också tillgängliga på intranätet för alla medarbetare.
Verksamhetens arbete med avvikelser ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för synpunkter, klagomål och rapport om missförhållanden. Inkomna avvikelser presenteras på arbetsplatsträffar för att skapa ett lärande i organisationen och sammanställs för att ge underlag för nya utvecklingsområden. Verksamheten uppmuntrar medarbetarna att skriva i förbättringsloggen och har återkommande genomgångar gällande avvikelser på arbetsplatsträffar. Verksamheten har rutiner för att förankra rapport om missförhållanden i medarbetargruppen.
Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete ● 3. Godkänd	Verksamheten har ett systematiskt kvalitetsarbete där avvikelser dokumenteras, analyseras, åtgärdas, följs upp och sammanställs för att utveckla verksamheten. <u>Riskanalyser</u> Verksamheten genomför riskanalyser på både verksamhets- och individnivå utifrån fördefinierade områden samt vid tillfälliga förändringar i verksamheten. <u>Egenkontroll</u> Verksamheten gör egenkontroller två gånger per år utifrån ett antal fördefinierade områden och aktiviteterna finns beskrivna i verksamhetens årshjul. Därutöver gör Ambea kvalitetsuppföljningar två gånger per år. <u>Rutiner</u> Verksamhetschef tillsammans med enhetschef och gruppchef ansvarar för att rutiner är aktuella och uppdaterade. Nya och förändrade rutiner presenteras muntligt på arbetsplatsträffar, publiceras på webben och är tillgängliga för medarbetarna.

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
Genomförandeplan ● 3. Godkänd	Alla klienter har en upprättade genomförandeplan där den enskildes delaktighet framgår vid upprättandet. Mål finns och hur insatser ska utföras finns beskrivet. Det framgår när planen ska följas upp och hur samverkan med andra ska ske.
Social journal ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten för social journal och använder en strukturerad dokumentation utifrån sökord. Journalen beskriver faktiska händelser och avvikelser samt vidtagna åtgärder. Samtycke upprättas med den enskilde och det ska följas upp en gång per år vilket inte framgår av journalen.
Egenkontroll social dokumentation ● 3. Godkänd	Enhetschefen gör egenkontroll varje kvartal och utifrån vad som framkommit i egenkontrollen så lyfts det på nästkommande möte med medarbetarna. Verksamheten har gjort ett omtag av dokumentationen och det finns dokumentationsstödare som kan stötta upp. Loggkontroller görs två gånger per år utifrån utarbetade kriterier.

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
●	Verksamheten arbetar med att möjliggöra och skapa delaktighet genom förtroendefulla relationer. Boendestödjaren arbetar för att vara tillgänglig och för att möta varje klient individuellt. I arbetet använder sig boendestödjaren av metoder såsom ESL (ett självständigt liv) och MI (motiverande samtal). Klientens delaktighet framkommer tydligast i upprättandet av genomförandeplanen när insatser planeras in och hur stödet ska ges.

Delområde	Kommentar
Kontaktmannaskap ● 3. Godkänd	Det finns rutiner för kontaktmannaskap och det framgår tydligt vad som ingår i uppdraget. Alla klienter har en utsedd kontaktman som ansvarar för att upprätta och följa upp genomförandeplanen och vara ett stöd vid olika möten. Verksamheten har också en vice kontaktman som kan ge stöd om någon är frånvarande för att säkra att insatser kan ges. Det är viktigt att kontaktmannen och klienten trivs med varandra och att klienten har möjlighet att byta kontaktman om samarbetet inte skulle fungera.
Tillgänglighet och information ● 3. Godkänd	Det finns rutiner och checklista för att ta emot en ny klient. Nya klienter får ett välkomstbrev som innehåller information om verksamheten och vart klienten kan vända sig vid frågor och synpunkter. Kontaktmannen ansvarar för den kontinuerliga informationen från verksamheten, vilket ges både muntligt och skriftligt. Vid tillfälliga förändringar meddelar enhetschef/gruppchef det oftast via sms och i enstaka fall genom telefonsamtal.

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
Bemötande ● 3. Godkänd	Verksamhetens värdegrund implementeras på arbetsplatsträffar och planeringsdagar. Verksamheten arbetar med att skapa förtroendefulla relationer genom att vara tillgänglig och möta varje klient individuellt. Medarbetarna arbetar utifrån metoden "ett självständigt liv" och motiverande samtal. Verksamheten har gått igenom kvalitetsdeklarationen för boendestöd på en arbetsplatsträff och ingår nu som återkommande aktivitet i årshjulet.
Stöd till närstående ● 3. Godkänd	Verksamheten erbjuder inget organiserat stöd till anhöriga. Verksamhetschef och enhetschef ger ofta muntligt stöd via telefon när anhöriga hör av sig. Verksamhetschef och medarbetare har kännedom om det anhörigstöd som omvårdnadsförvaltningen har att erbjuda.

Säkerhet

Delområde	Kommentar
Hot och våld ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för hot och våld i samband med att insats ges av boendestödjaren. Rutinen är implementerad hos medarbetarna. Verksamheten har styrdokument gällande våld i nära relation och vilka signaler som medarbetarna ska vara uppmärksamma kring. Styrdokumentet diskuteras återkommande på arbetsplatsträffar.
Nyckelhantering ● 3. Godkänd	Rutiner för nycklar finns om det skulle bli aktuellt hos någon klient. I nuläget hanterar inte boendestödet några privata nycklar. Nyckelrutiner finns för verksamhetens nycklar med signeringslista.
Privata medel ● 3. Godkänd	Rutiner för privata medel finns om det skulle bli aktuellt hos någon klient. I nuläget hanterar inte boendestödet några privata medel.
Tystnadsplikt och sekretess ● 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för tystnadsplikt och sekretess vilka ingår som en del av introduktionen och då undertecknar även medarbetaren dokumentet. Verksamheten har utbildningsfilmer där medarbetarna kan fylla på sin kunskap gällande sekretess. Egenkontroll av tystnadsplikt och sekretess genomförs två gånger per år.

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar
●	Nytida Boendestöd Rating 62
●	Nytida Boendestöd <hr/> Organisationsnummer: 556434-5691 Namn: Nytida Stöd och Resurs AB Godkänd för F-skatt: JA Registrerad för moms: JA Registrerad som arbetsgivare: JA Beslutade arbetsgivaravgifter: 1 okt-21 649 021,00

Delområde	Kommentar
	sep-21 810 892,00 aug-21 889 278,00

Rapport: Avtalsuppföljning 2021

SYMPATI AB



Innehållsförteckning

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

Inledning

Staben för kvalitetsutveckling genomför uppföljningar varje år. Sympati är ett företag som erbjuder boendestöd enligt socialtjänstlagen (SoL). Solna stad, omvårdnadsförvaltningen, har ett LOV-avtal med Sympati sedan mars 2017. Verksamheten har sitt kontor på Tegelviksgatan 42B och där äger arbetsplatsträffar och handledningstillfällen rum. Medarbetare har en dag i veckan då man träffas i lokalen samt att dokumentation kan göras där på plats.

Vid uppföljningen har 14 Solna medborgare insatser från Sympati. Kvalitetsutvecklaren hade uppföljning i verksamheten den 27 oktober 2021 tillsammans med biträdande verksamhetschef.

Metod för uppföljning

Kvalitetsutvecklaren har följt upp hela verksamheten och en enkät har skickats ut som legat till grund för uppföljningen. Inför uppföljningen har kvalitetsutvecklaren tagit del av verksamhetens kvalitetsberättelse och tidigare uppföljningar. Vid uppföljningen deltog biträdande verksamhetschef inom Sympatigruppen. Kvalitetsutvecklaren har intervjuat en medarbetare inom boendestödsverksamheten samt tagit del av tre personakter efter inhämtat samtycke.

Vidare har kvalitetsutvecklaren tagit del av rutiner och annan dokumentation under uppföljningstillfället. En utförlig bakgrund till identifierade utvecklingsområden framgår av kommentarerna till respektive delområde under rubrik *Underlag bedömning* i denna rapport.

Sammanfattande bedömning

Verksamheten har förändrat sin ledningsstruktur och har två enhetschefer som är boendestödjarens närmsta arbetsledare. Ledarskapet är nära och beslutsvägarna korta. Verksamheten har engagerade medarbetare med ett stort klientfokus. Verksamheten har haft en del utmaningar i sin mötesstruktur och arbetsplatsträffar har inte erbjudits som tidigare utan i mindre grupper. Den förändrade strukturen har påverkat verksamhetens arbete med avvikelser och i det systematiska kvalitetsarbetet.

Verksamheten gör en översyn av sitt ledningssystem och rutiner i och med att verksamheten inte längre kommer att arbeta med ISO certifiering. Verksamheten har påbörjat sina riskbedömningar för att åter komma igång med arbetsplatsträffar som innan pandemin.

Medarbetarna dokumenterar på kontoret och det finns avsatt tid för detta en gång i veckan. Den sociala journalen kan utvecklas med en tydligare koppling till beställning och med koppling till målen. Under pandemin har enbart digitala utbildningar erbjudits och verksamheten håller på att inventera utbildningsbehoven hos medarbetarna.

Åtgärd

Verksamheten ska inkomma med en utvecklingsplan utifrån identifierade utvecklingsområden till omvårdnadsförvaltningen senast den 31 januari 2022. I handlingsplanen ska verksamheten beskriva hur man har tänkt arbeta vidare med respektive utvecklingsområde, vem som ansvarar för planerade aktiviteter och slutdatum för respektive aktivitet. Kvalitetsutvecklare kommer följa upp hur arbetet fortlöpt under året samt vid nästa års uppföljning av verksamheten.

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	Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov
	Verksamhetens organisation och ledning
	IVO-tillstånd
Personal och utbildning	Introduktion av nya medarbetare
	Kompetensutveckling
	Verksamhetens arbete för att säkerställa bemanning
	Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare
Samverkan	Verksamhetens externa samverkan
	Verksamhetens interna samverkan
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Medarbetardelaktighet i verksamhetens kvalitetsarbete
	Verksamhetens arbete med avvikelser
	Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete
Social dokumentation	Genomförandeplan
	Social journal
	Egenkontroll social dokumentation
Självbestämmande och integritet	Delaktighet och kommunikation
	Kontaktmannaskap
	Tillgänglighet och information
Bemötande och anhörigstöd	Bemötande
	Stöd till närstående
Säkerhet	Hot och våld
	Nyckelhantering
	Privata medel
	Tystnadsplikt och sekretess
Risk och säkerhetsarbete	Nyckelhantering
	Ökad brandsäkerhet
	Strömavbrott
	Hot och våld
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, tillämpliga och vara förankrade i hela verksamheten.



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.



Bedömning

Område	Resultat 2020	Resultat 2021
Ledning och organisation	4. Uppfyller kraven	3. Uppfyller kraven delvis
Personal och utbildning	3. Uppfyller kraven delvis	3. Uppfyller kraven delvis
Samverkan	3. Uppfyller kraven delvis	3. Uppfyller kraven delvis
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	4. Uppfyller kraven	3. Uppfyller kraven delvis
Social dokumentation	4. Uppfyller kraven	3. Uppfyller kraven delvis
Självbestämmande och integritet	4. Uppfyller kraven	4. Uppfyller kraven
Bemötande och anhörigstöd	4. Uppfyller kraven	4. Uppfyller kraven
Säkerhet	4. Uppfyller kraven	4. Uppfyller kraven
Ekonomisk kontroll	4. Uppfyller kraven	4. Uppfyller kraven

Ledning och organisation



Verksamheten har en organisation med befattningsbeskrivningar som behöver ses över. Verksamheten behöver säkerställa att möten kommer igång som planerat i verksamheten efter pandemin.

Status	Utvecklingsområden
Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Ledningens funktioner
Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Mötesstruktur
Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Arbetsplatsträffar

Personal och utbildning



Verksamheten behöver sammanställa den övergripande utbildningsplanen när medarbetarsamtalen och genomgång av medarbetarnas individuella kompetensutvecklingsplaner är genomförda för att få en bild över

utbildningsbehoven i verksamheten.

Status	Utvecklingsområden
<input checked="" type="checkbox"/> Aktiviteten är slutförd.	Introduktion av nya medarbetare.
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Kompetensutveckling

Samverkan



Verksamheten har arbetssätt och rutiner för att samverka externt och internt. Rutinen för internsamverkan behöver implementeras hos medarbetarna.

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

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Rutiner finns och tillämpas till viss del inom området. Verksamheten behöver arbeta för ökad tillämpning av rutin för avvikelserapportering samt öka medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens rutiner
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Verksamhetens arbete med avvikelser
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Medarbetarnas delaktighet i kvalitetsarbetet

Social dokumentation



Verksamheten behöver se över sina rutiner för social journal och implementera dem hos medarbetarna. Verksamheten behöver se över sina arbetssätt för egenkontroll av social dokumentation.

Status	Utvecklingsområden
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Egenkontroll av social dokumentation
<input type="checkbox"/> Aktiviteten är ännu inte bedömd.	Social journal

Självbestämmande och integritet



Verksamheten har rutiner som tillämpas inom området.

Bemötande och anhängstöd



Rutiner finns och tillämpas i verksamheten.

Säkerhet



Verksamheten har rutiner som tillämpas.

Ekonomisk kontroll



Verksamheten uppfyller de ekonomiska kraven enligt avtalet.

Underlag bedömning

Ledning och organisation

Delområde	Kommentar
Mötesstruktur utifrån verksamhetens behov 2. Delvis godkänd	Arbetsplatsträffar är inplanerade en gång i månaden, under pandemin har mötesformen legat nere och ledningen har träffat medarbetarna i mindre grupper. De möten som skett i mindre grupper har inte protokollförts vilket medför risker med fattade beslut. Det saknas en övergripande mötesstruktur med innehåll och agenda vilket verksamheten behöver ta fram. Verksamheten behöver göra en plan för att APT träffar ska återinföras i verksamheten efter en riskbedömning utifrån verksamhetens lokal. Agenda finns för vad arbetsplatsträffen ska innehålla och protokoll förs. Verksamhetschef, projektutvecklare och biträdande verksamhetschef har möte en gång i veckan tillsammans med teamchefer som är en ny funktion i verksamheten.
Verksamhetens organisation och ledning 2. Delvis godkänd	Det finns en tydlig ledningsstruktur som behöver ses över efter att en ny ledningsfunktion har införts i form av två enhetschefer. Enhetschefen är boendestödarens närmsta chef och ansvarar för planering, coaching och att genomföra medarbetarsamtal. Verksamheten behöver se över sina rutiner i samband med att en ny funktion inrättas i organisationen för att säkerställa kvaliteten i verksamheten, Verksamhetsledning har lång erfarenhet inom funktionshinderområdet och samtliga i chefsposition har högskoleutbildning. Det finns namngiven ersättare vid frånvaro som skickas ut till alla medarbetare vid frånvaro eller sjukdom. Verksamhetsledningen har ett gemensamt ansvar för jourtelefonen och turas om för att vara tillgänglig för medarbetare och klienter om något akut skulle hända.
IVO-tillstånd 3. Godkänd	Verksamheten har tillstånd från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) att bedriva boendestöd.

Personal och utbildning

Delområde	Kommentar
	Verksamheten har rutiner och checklista för introduktion av nya medarbetare. Teamcheferna ansvarar för introduktionen av nya medarbetare. Uppföljning av introduktionen görs av teamchefer och beskrivs i checklistan för introduktion. Verksamheten har skriftligt material att lämna till nya medarbetare. Nyanställda medarbetare går inte direkt dubbelt vid introduktionen då klienterna har svårt att ta emot flera personer samtidigt vilket kräver en hel del flexibilitet i

Delområde	Kommentar
	introduktionstillfället.
Kompetensutveckling ◆ 2. Delvis godkänd	Medarbetarna har individuella kompetensutvecklingsplaner som ska följas upp vid medarbetarsamtalet under hösten vilka ska ligga till grund för den övergripande utbildningsplanen. Verksamhetens ledning har ett pågående arbete att se över den övergripande utbildningsplanen för nästkommande år. Verksamheten har sammanställt medarbetarnas kompetens och kan matcha klienters behov med medarbetarens och om utbildning behövs för ett specifikt område. Verksamheten ligger inte helt i fas med kompetensutvecklingsarbetet utan arbetet pågår. Utbildningar har erbjudits i liten skala med anledning av pandemin.
●	Verksamheten matchar kompetens utifrån de behov som finns hos klienterna mot medarbetarnas kompetens. Tillgången till vikarier är god och verksamheten uppger att det sällan är svårt att bemanna vid frånvaro. Verksamheten har flera tillsvidareanställda och personalkontinuiteten är hög. Varje klient har två boendestödjare som kan ge stöd för att säkerställa att insatser kan ges vid sjukdom eller annan frånvaro för att göra verksamheten mindre sårbar.
Verksamhetens arbete med att rekrytera nya medarbetare ● 3. Godkänd	Vid nyrekrytering görs en inventering av den kompetens som finns inom verksamheten med koppling till den kompetens som efterfrågas. Verksamheten arbetar för att anställa medarbetare med gymnasiekompetens med social och pedagogisk inriktning och med erfarenheter från psykiatri. Företaget satsar på att vara en attraktiv arbetsgivare genom en platt organisation med snabba beslutsvägar, erbjuder friskvårdsbidrag samt kompetensutveckling.

Samverkan

Delområde	Kommentar
Verksamhetens externa samverkan ● 3. Godkänd	Verksamheten har arbetssätt och metoder för extern samverkan och skriftlig rutin finns som är implementerad hos medarbetarna.
Verksamhetens interna samverkan ◆ 2. Delvis godkänd	Verksamheten har en rutin för intern samverkan som behöver förankras hos medarbetare i och med att nya funktioner tillkommit i verksamheten.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Delområde	Kommentar
◆	Medarbetarnas delaktighet i utvecklingsarbetet sker på arbetsplatsträffar i form av återkoppling av avvikelser, brukarundersökning eller andra förändringar som sker i verksamheten. Verksamheten har en rutin för hur inkomna förbättringsförslag från medarbetare ska dokumenteras och återkopplas. Medarbetarnas delaktighet har ökat efter att verksamheten har haft större fokus på avvikelser, som är en stående punkt på agendan vid arbetsplatsträffar. Med anledning av den pågående pandemin har arbetssättet inte bibehållits som planerats under året. Verksamheten har system för att ta fram och följa upp rutiner och ansvaret vilar på verksamhetschefen. När rutiner är klara publiceras de på verksamhetens intranät samt att rutiner går igenom på arbetsplatsträffen. Verksamhetschefen gör också egenkontroller för att säkerställa att alla medarbetare har tagit del av rutinen.
◆	Rutiner för klagomål, synpunkter och rapport om missförhållanden finns i verksamheten. Rutinerna är implementerade hos alla medarbetare. Alla avvikelser redovisas på arbetsplatsträffar och handlingsplaner upprättas. Verksamhetens arbete med avvikelser efter pandemin behöver aktualiseras för att hålla dialogen levande då arbetsplatsträffar kommer att återupptas efter hösten.
◆	Verksamheten har arbetat med att utveckla sitt ledningssystem och frångått sin tidigare ISO certifiering. Verksamheten gör riskbedömningar och arbetar utifrån identifierade förbättringsområden utifrån olika enkätundersökningar. <u>Riskanalyser</u> Verksamheten gör riskanalyser utifrån olika nivåer såsom ledning och organisation, personalperspektiv, brukarperspektiv och verksamhetsperspektiv. <u>Egenkontroller</u> Verksamheten gör egenkontroller inom ett antal fördefinierade områden två gånger per år. Verksamheten har ett årshjul som de arbetar utifrån.

Delområde	Kommentar
	<p>Rutiner</p> <p>Verksamhetschef och enhetschef ansvarar för att utarbeta rutiner och att säkerställa att rutiner är aktuella. Verksamheten håller på att uppdatera sina rutiner och göra dem tillgängliga på intranätet dit alla medarbetare har tillgång. Verksamheten kommer att återgå till att följa upp att rutiner är implementerade på arbetsplatsträffar.</p>

Social dokumentation

Delområde	Kommentar
<p>Genomförandeplan</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Samtliga brukare har en uppdaterad genomförandeplan som följts upp sista sex månaderna. Genomförandeplanen innehåller mål som matchas mot beställningen och det framkommer i social journal att den har följts upp. Klientens delaktighet framgår av planen samt vilka personer som deltagit i upprättandet.</p>
<p>Social journal</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten gör sammanfattningar av dokumentationen i social journal och det är svårt att utläsa hur stödet utvecklar sig. Medarbetarna dokumenterar en gång i veckan vilket kan medföra att det är svårt att komma ihåg detaljer sedan insatsen gavs. Det finns en löpande dokumentation men det är svårt att se hur koppling till olika mål sker. Verksamheten behöver säkerställa att den sociala journalen görs löpande och frångå sin tendens till sammanfattningar.</p>
<p>Egenkontroll social dokumentation</p> <p>◆ 2. Delvis godkänd</p>	<p>Verksamheten saknar en skriftlig rutin för hur egenkontroll av socialdokumentation ska genomföras på ett systematiskt sätt. Det finns arbetssätt för att granska social journal att anteckningar förs på ett respektfullt sätt och värderingsfritt språk där resultatet sammanställs och genererar i kompetenssatsningar. Verksamheten behöver se över sina arbetssätt gällande egenkontroll av social dokumentation.</p>

Självbestämmande och integritet

Delområde	Kommentar
<p>Delaktighet och kommunikation</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Klienternas delaktighet framkommer i mötet med boendestödjaren och vid upprättandet av genomförandeplanen. Klienterna har möjlighet att föra fram synpunkter och klagomål till sin boendestödjare eller kontakta verksamhetschefen direkt. Information och förändringar som sker förmedlas oftast via sms, telefon eller mejl.</p>
<p>Kontaktmannaskap</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten arbetar inte med begreppet kontaktmannaskap utan det har förtydligats i boendestödjarens arbetsbeskrivning. Verksamheten har uppdragsbeskrivningar för vad som ingår i uppdraget. Klienterna är informerade om att de har möjlighet att byta kontaktman/stödperson.</p>
<p>Tillgänglighet och information</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har skriftlig information att lämna till ny klient. Löpande information ges vanligtvis genom klientens boendestödjare men också genom sms och mejl. Verksamheten har tagit fram en pärm med viktig information som lämnas till nya klienter. Verksamhetens kontor är bemannat under dagtid och det går att komma i kontakt med verksamheten via telefon på kvällar och helger.</p>

Bemötande och anhörigstöd

Delområde	Kommentar
<p>Bemötande</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten har en värdegrund som är implementerad hos medarbetare och förankras på arbetsplatsträffar två gånger per år. Verksamheten arbetar utifrån arbetssättet ESL, (Ett Självständigt Liv). Verksamheten har informerat alla medarbetare om omvårdnadsförvaltningens kvalitetsdeklaration för boendestöd och den ingår som en del vid upprättandet av genomförandeplanen.</p>
<p>Stöd till närstående</p> <p>● 3. Godkänd</p>	<p>Verksamheten erbjuder inget organiserat stöd till anhöriga. Verksamhetschefen kan ge stöd per telefon vid behov och kan informera om det anhörigstöd som omvårdnadsförvaltningen kan erbjuda. Verksamheten har informerat medarbetare om omvårdnadsförvaltningens anhörigstöd på en arbetsplatsträff.</p>

Säkerhet

Delområde	Kommentar
<p>●</p>	<p>Verksamheten har rutiner för hot och våld som är implementerad hos medarbetarna.</p>

Delområde	Kommentar
●	Verksamheten har rutiner för hur nycklar ska hanteras både i verksamheten och hemma hos klienterna. Verksamheten hanterar sällan nycklar då klienterna öppnar själva för sina boendestödjare.
● Privata medel 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för klienters privata medel. Boendestödjaren ger sällan stöd i hanteringen av privata medel utan oftast är det klienten själv som ansvarar för sina pengar.
● Tystnadsplikt och sekretess 3. Godkänd	Verksamheten har rutiner för tystnadsplikt och sekretess finns. Rutinen lyfts regelbundet på arbetsplatsträffar och samtliga medarbetare skriver under att man förstått innebörden av lagstiftningen

Ekonomisk kontroll

Delområde	Kommentar																				
● Kreditvärdighet 3. Godkänd	Sympati AB Rating 71																				
● Skattekontroll 3. Godkänd	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Sympati AB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Organisationsnummer:</td> <td>559025-2523</td> </tr> <tr> <td>Namn:</td> <td>Sympati 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:1</td> </tr> <tr> <td>okt-21</td> <td>328 934,00</td> </tr> <tr> <td>sep-21</td> <td>353 887,00</td> </tr> <tr> <td>aug-21</td> <td>354 340,00</td> </tr> </tbody> </table>	Sympati AB		Organisationsnummer:	559025-2523	Namn:	Sympati AB	Godkänd för F-skatt:	JA	Registrerad för moms:	JA	Registrerad som arbetsgivare:	JA	Beslutade arbetsgivaravgifter:1		okt-21	328 934,00	sep-21	353 887,00	aug-21	354 340,00
Sympati AB																					
Organisationsnummer:	559025-2523																				
Namn:	Sympati AB																				
Godkänd för F-skatt:	JA																				
Registrerad för moms:	JA																				
Registrerad som arbetsgivare:	JA																				
Beslutade arbetsgivaravgifter:1																					
okt-21	328 934,00																				
sep-21	353 887,00																				
aug-21	354 340,00																				



Omvårdnadsförvaltningen

Tjänsteskrivelse

2022-02-22
ON/2022:4

Omvårdnadsnämndens uppföljningsplan 2022

Förslag till beslut

Omvårdnadsnämnden godkänner uppföljningsplanen för 2022.

Sammanfattning

Omvårdnadsnämnden har ansvar för att följa upp att verksamheterna uppfyller de krav som omvårdnadsnämnden ställer på verksamheternas kvalitet. För att säkerställa att kvalitetskraven uppfylls görs olika verksamhetsuppföljningar. Uppföljningar görs i alla verksamheter oavsett om de är upphandlade eller inte är upphandlade.

Resultatet från uppföljningarna visar hur kvaliteten utvecklas i verksamheterna och vilka utvecklings- och förbättringsområden som finns inom respektive verksamhet.

För att på ett strukturerat sätt följa upp resultaten från de olika uppföljningarna med syfte att säkerställa en god kvalitet, upprättar förvaltningen årligen en plan för kvalitetsuppföljning. I uppföljningsplanen beskrivs verksamheter, verksamhetsområden, processer och rutiner som ska följas upp. I planen beskrivs även de metoder som kommer att användas och vem som ansvarar för uppföljningen.

Resultaten från avtalsuppföljningar, tillsyn av hälso- och sjukvård, brukarundersökningar, nationella jämförelser, olika fördjupade uppföljningar och uppföljningar av individuella biståndsbeslut ligger till grund för den fortsatta kvalitetsutvecklingen.

Staben för kvalitetsutveckling och avdelningen för myndighetsutövning ansvarar för att uppföljningsplanen följs.

Elisabet Sundelin
Förvaltningschef

Ulrika Lyktberg Lindqvist
Stabschef



Bakgrund

Uppföljningsplan för 2021 har till största del följts enligt plan, med undantag för enstaka platser på vård- och omsorgsboende på LOV utanför Solna som planeras följas upp i början av 2022. Majoriteten av uppföljningarna genomfördes fysiskt men vid några tillfällen genomfördes de digitalt på grund av pandemin.

Omvårdnadsnämnden upphandlar verksamhet enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och lagen om valfrihetssystem (LOV). Vid upphandlingarna tydliggörs, i kravspecifikationen, de kvalitetskrav som omvårdnadsnämnden ställer. Kraven är ställda utifrån lagstiftning, kvalitetsdeklarationer och de mål som nämnden har beslutat om.

I anbudena redovisar utförarna hur de avser att uppnå önskad kvalitetsnivå.

Avtal/överenskommelse tecknas med de anbudsgivare som har uppnått högsta kvalitetsnivå vid upphandling enligt LOU.

När upphandling sker enligt LOV redovisar utföraren hur man avser att uppfylla skallkraven för att avtal/överenskommelse ska tecknas.

För verksamheter som inte är upphandlade görs en överenskommelse som motsvarar upphandlade verksamheters avtal.

Uppföljningar

Omvårdnadsförvaltningen har, utifrån kravspecifikation i förfrågningsunderlag, tecknat avtal respektive överenskommelse med samtliga verksamheter. Avtalet respektive överenskommelsen ska, tillsammans med omvårdnadsnämndens mål och kvalitetsdeklarationer, styra verksamheternas arbete. Varje år utarbetar staben för kvalitetsutveckling och myndighetsavdelningen ett förslag till uppföljningsplan som omvårdnadsnämnden tar beslut om. I uppföljningsplanen beskrivs verksamheter, verksamhetsområden, processer och rutiner som ska följas upp. Där finns även en beskrivning över vilka metoder som kommer att användas och vem som ansvarar för uppföljningen.

Staben för kvalitetsutveckling och avdelningen för myndighetsutövning ansvarar för att uppföljningsplanen följs. Uppföljningar görs även i verksamheter som inte är upphandlade men som har en överenskommelse.

Avtalsuppföljningar av staben för kvalitetsutveckling

Avtalsuppföljning

Avtalsuppföljningen tydliggör om verksamheterna följer avtalet respektive överenskommelsen och hur kvaliteten i verksamheten utvecklas.

Uppföljningen utgår från avtalet/överenskommelsen och genomförs varje år i olika stor omfattning. Avtalsuppföljningar genomförs inom hemtjänst, dagverksamhet, vård- och omsorgsboende, bostad med särskild service, daglig verksamhet och boendestöd.

I avtalsuppföljningen är det struktur, implementering och processkvalitet som följs upp. Uppföljningen sker ur ett verksamhetsperspektiv enligt en fastslagen mall.



Mallen omfattar områden som "Ledning och organisation", "Personal och utbildning" med bl.a. kompetens och bemanning, "Självbestämmande och integritet" med bl.a. kontaktmannaskap, möjlighet att påverka, information och kommunikation, tillräckligt med hjälptid, "Aktiviteter och fritidsintressen", "Mat och måltider" samt "Säkerhet" med bl.a. rutiner för larm, hantering av privata medel och nyckelhantering, "Värdegrund" "Social dokumentation" och "Ekonomi". Viktiga områden i övrigt att följa upp är hur verksamheterna arbetar med samverkan och systematisk kvalitetsutveckling.

Vid avtalsuppföljningen används flera olika metoder för att samla information och fakta som underlag för den slutliga bedömningen. De metoder som används är bland annat webenkäter som besvaras av verksamhetschefen, besök i verksamheten med observation på plats, dokumentationsgranskning, samtal, intervjuer eller dialogmöten med kunder, anhöriga, personal och verksamhetschef.

Den slutliga bedömningen redovisas i en rapport som innehåller kort skriftlig bedömning per granskat område med kommentar och i förekommande fall färggradering (grönt, gult, rött) för beskrivning om avtal följs eller ej. Rapporten, som avslutas med en sammanfattning av förbättringsområden, skickas till respektive verksamhetschef. Utifrån rapporten och de förbättringsområden som listats utarbetar verksamheten en utvecklingsplan med en tidplan.

Rapporter från samtliga verksamheter inom ett verksamhetsområde sammanfattas till en skriftlig, generell bedömning av verksamhetsområdet tillsammans med en sammanställning med färggradering. Resultaten redovisas så att en jämförelse mellan olika verksamheter kan ske. Sammanfattning med bilagor utgör ärende till omvårdnadsnämnden. Till ärendet biläggs protokoll så att varje kontaktpolitiker kan ta del av sitt område. Kontaktpolitiker finns utsedda för vård- och omsorgsboenden, seniorträffarna samt för bostad med särskild service.

Uppföljning av utvecklingsplaner

Syftet med utvecklingsplanerna är att de ska fungera som ett verktyg i verksamheternas kvalitetsarbete. I utvecklingsplanen lyfter kvalitetsutvecklaren in identifierade förbättringsområden från avtalsuppföljningen. Verksamheterna ges möjlighet att fokusera specifikt på sina förbättringsområden.

I utvecklingsplanen ska verksamheterna sätta upp SMARTA-mål (specifika, mätbara, accepterade, realistiska, tidsbestämda) och redovisa tänkta åtgärder, beskriva hur verksamheten arbetar med egen uppföljning av resultaten samt ange vem som ansvarar för vad.

Kvalitetsutvecklarna ansvarar för att följa upp verksamheternas utvecklingsplaner. Uppföljningen genomförs varje år, vid ett nytt avtal görs en bred uppföljning inom alla områden för att göra en basmätning, efter basmätningen är det huvudfokus att följa upp utvecklingsplanen. Detta gör kvalitetsutvecklaren minst en gång/år, vid behov fler gånger/år. Vid uppföljningen får verksamheten beskriva hur man arbetar med planen, hur man följer upp om utförda åtgärder fått avsedd effekt och om så inte är fallet hur man arbetar för att ta fram nya åtgärder för att nå målen. Kvalitetsutvecklaren genomför granskning vid behov.



Uppföljningen redovisas i text med en skriftlig återkoppling till respektive verksamhet. Det ska tydligt framgå inom vilka områden som förbättringar verkligen skett och vilka områden som fortfarande är förbättringsområden. Verksamheten får i uppdrag att ta fram en ny, reviderad utvecklingsplan.

Uppföljningen redovisas till nämnden som ett beslutsärende.

Kvalitetsberättelse

Av det allmänna rådet till 7 kap. 1§ SOFS 2011:9 framgår att arbetet med att systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten bör dokumenteras i en årlig kvalitetsberättelse. I kvalitetsberättelsen ska det framgå hur verksamheten har arbetat med uppföljning och utvärdering kopplat till verksamhetens utvecklingsplan och omvårdnadsnämndens mål. Varje år utarbetar verksamheterna en kvalitetsberättelse som skickas in till staben för kvalitetsutveckling för granskning. Via stadens hemsida finns länkar till utförarens/verksamhetens hemsida med information.

Fokusområden

Kvaliteten i verksamheterna följs vid behov även upp på andra sätt. Kvalitetsutvecklare kan lyfta särskilda områden som behöver belysas. Det kan vara generella förbättringsområden som framkommit vid avtalsuppföljningarna, i samband med sammanställning av synpunkter och klagomål eller vid sammanställningen av rapporter om missförhållanden. Det kan vara områden som förvaltningen eller nämnden vill ha belysta eller nya metoder/arbetsätt och eller aktuell forskning som behöver implementeras i verksamheterna.

Detta arbetssätt skapar möjligheter att se närmare på olika viktiga områden såsom upplevd besvärande ensamhet, personcentrerad vård, social dokumentation, bemötande, måltidssituation och den enskildes delaktighet.

Verksamheterna arbetar med fokusområdet genom att de bland annat gör sina egenkontroller inom området d.v.s. i sitt systematiska kvalitetsarbete. Resultatet från hur verksamheten arbetar med fokusområden redovisas till kvalitetsutvecklarna vid avtalsuppföljningar.

Under 2022 kommer verksamheter inom omvårdnadsnämndens ansvarområde att ha olika områden utifrån resultat av brukarundersökningar och avtalsuppföljningar.

Uppföljning av hälso- och sjukvård

MAS och MAR har ansvar för att utifrån sitt uppföljningsansvar och omvärldsbevakning i vårdutvecklingsfrågor medverka i utveckling av hälso- och sjukvården.

MAS och MAR sammanställer uppföljningar inom hälso- och sjukvårdsområdet i en patientsäkerhetsberättelse som redovisas till nämnden en gång per år.



MAS vård- och omsorgsboenden

Enligt avtal med Solna stads omvårdnadsnämnd ska utföraren följa lagar och bestämmelser för att säkerställa en god och säker hälso- och sjukvård i Solnas vård- och omsorgsboenden för äldre. Utföraren ska för vård- och omsorgsboendet ha en MAS som ansvarar för de motsvarande uppgifterna kommunens MAS har enligt hälso- och sjukvårdslagen 11 kap och 4 kap.6§ i hälso- och sjukvårdsförordningen.

Utföraren ansvarar för att denna MAS fullgör sitt ansvar på hälso- och sjukvårdens område. Utförarens MAS ska informera Solna stads MAS samt anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om den enskilde i samband med vård eller behandling drabbas av eller utsätts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (Lex Maria).

Solna stads MAS och MAR beslutar om vad som ska följas upp inom hälso- och sjukvårdsområdet i verksamheterna.

Utförarens MAS ansvarar för uppföljning av hälso- och sjukvården.

En samverkansöverenskommelse som syftar till ett utvecklande och gott samarbete mellan Solna stads MAS samt MAR och utförarnas MAS finns upprättat. Enligt avtalet med Solna stad ingår för hälso- och sjukvården att utförarens MAS ansvarar för att hälso- och sjukvården är god, att lokala rutiner finns och att uppföljning sker. Därutöver kommer Solna stads MAS och MAR att ha uppföljnings- och rapporteringsansvar till omvårdnadsnämnden.

MAS Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS och Skoga Äldrecentrum

Solna stads MAS och MAR ansvarar för uppföljning av hälso- och sjukvården som utförs av Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS samt på Skoga Äldrecentrum.

Solna stads MAS och MAR ansvarar för att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om den enskilde i samband med vård eller behandling har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom (Lex Maria).

Nationella uppföljningar

Brukarundersökningar

Resultatet från brukarundersökningar tydliggör brukarnas och de anhörigas upplevelser av kvaliteten i verksamheten.

Nationella brukarundersökningar genomförs årligen i hemtjänst och i vård- och omsorgsboende men under 2021 valde Socialstyrelsen att flytta fram undersökningen till början av 2022. Enkätundersökningen inom äldreomsorgen genomförs varje år av Socialstyrelsen.

Brukarundersökningar i bostad med särskild service och i daglig verksamhet LSS har genomförts vartannat år och 2023 kommer undersökningen att genomföras igen. Den nationella brukarundersökningen inom boendestöd har genomförts vartannat år och kommer att genomföras igen under 2023. Brukarundersökningen är framtagen av SKR.



Resultaten, redovisade per verksamhet som upplevd kvalitet inom respektive område skickas till respektive verksamhetschef. Verksamheterna handhar förbättringsområden på samma sätt som efter en avtalsuppföljning, dvs. arbetar med förbättringsområden i sin utvecklingsplan med en tidplan.

Resultaten från de olika brukarundersökningarna sammanställs i skriftliga rapporter där det dels framkommer ett generellt resultat för staden, dels resultat per verksamhet och även hur resultatet har utvecklats över tid. Verksamheterna ombeds att inkomma med en resultatanalys till kvalitetsutvecklare. Resultaten redovisas så att en jämförelse mellan olika verksamheter kan ske.

Nationella jämförelser

Öppna jämförelser genomförs varje år och är framförallt riktad till politiker och tjänstemän. Det är 30 indikatorer som belyser vård och omsorg om äldre i alla kommuner/landsting i Sverige. Indikatorerna speglar kvaliteten inom olika områden: Tillgänglighet, vård och omsorg vid särskilda behov, riskförebyggande arbete, riskfylld användning av läkemedel, personal och kompetens samt kostnader. Inom funktionshinderområdet är huvudområdena intern och extern samordning, tillgänglighet, trygghet och säkerhet och kunskapsbaserad verksamhet och kostnader.

Syftet med undersökningen är att ge ett bra underlag för kommuner och landsting att förbättra vård, stöd och omsorg för personer med funktionshinder och äldre. Resultatet ska vara ett relevant underlag för uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten i förhållande till övriga kommuner.

Avdelningen för myndighetsutövning SoL

Individuell uppföljning

Biståndshandläggarens ansvar

Omvårdnadsnämnden har gett delegation till biståndshandläggaren, för att fatta beslut samt ansvaret för att följa upp att insatserna utförs enligt beställning.

Uppföljning av beslut i hemtjänst

Hemtjänst kan beviljas när individen inte själv kan tillgodose sina behov och/eller få dem tillgodosedda på annat sätt och där individen inte uppnår en skälig levnadsnivå.

En individuell uppföljning görs alltid innan det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla, vilket är minst en gång per år.

Förutom den uppföljning som är styrd till beslutet ingår det i biståndshandläggarens ansvar att kontrollera att beställning och genomförandeplan överensstämmer för de kunder som fått beslut om omvårdnadsinsatser. Detta ska ske inom en månad efter det att ett nytt beslut har fattats. Om behovet har förändrats, föranleder det en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde. Vid uppföljningen kontrollerar handläggaren även antal



avböjda besök och fokuserar extra på de stora omvårdnadskunderna som har mycket tid beviljat för sina hjälpinsatser samt på de nya företagen.

En uppföljning ska även göras om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Då görs en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde.

Uppföljning av beslut i dagverksamhet

Biståndsbedömd dagverksamhet för personer med funktionshinder och med demenssjukdom syftar till att underlätta för den enskilde att bo hemma och skapa möjlighet till kontakt med andra.

En individuell uppföljning görs alltid när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla.

Uppföljningen görs minst en gång per år eller om behov föreligger, tex. kan det vara så stora förändringar att utföraren har svårt att tillgodose den enskildes behov eller att individen inte kan tillgodogöra sig verksamhetens innehåll.

Uppföljning av beslut på korttidsplats/växelvård – särskilt boende

Korttidsplats/växelvård är till för de personer som tillfälligtvis eller i perioder inte kan få behovet av omvårdnad, trygghet och säkerhet tillgodosett i det egna hemmet.

För korttidsplats sker en individuell uppföljning i regel inom två veckor eller tidigare om behov föreligger tex. om förändringar är så stora att utföraren har svårt att tillgodose den enskildes behov.

För växelvård sker en individuell uppföljning inom tre månader om det är första gången den enskilde beviljats växelvård, därefter minst en gång per år eller om behov föreligger.

Vid dessa tillfällen deltar förutom personen och dennes närstående även representanter från utföraren och beställaren.

Uppföljning av beslut av boendestöd över 65 år

För personer som inte har haft boendestöd tidigare och får ett sådant beslut, ska en tremånaders uppföljning göras från det att handläggaren mottagit genomförandeplan från utföraren. Då jämförs beställningen med genomförandeplanen för att säkerställa att beslutet och beställningen ligger rätt.

För personer som kommer över från socialförvaltningen när de fyller 65 år, finns en rutin mellan socialförvaltningen och omvårdnadsförvaltningen att den enskilde får behålla samma intervall för boendestöd som funnits tidigare. Eftersom den enskilde byter utförare ska en tremånaders uppföljning göras av handläggaren på omvårdnadsförvaltningen. Då jämförs beställningen med genomförandeplanen för att säkerställa att beslutet och beställningen ligger rätt.

Genomförandeplanen från utföraren ska skickas till handläggaren inom tre månader från det att de fått beställningen.



En uppföljning ska även göras om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Då görs en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde.

Uppföljning av beslut i särskilt boende

Permanent boende i vård- och omsorgsboende samt demensboende är till för de personer som inte längre kan få behovet av omvårdnad, trygghet och säkerhet tillgodosett i det egna hemmet. Beviljas permanent boende ska personen även ha ett individuellt hemtjänstbeslut i boendet. Personer som beviljas särskilt boende bor i regel kvar på boendet även om deras hjälpbehov förändras.

Uppföljning vid nyinflyttning

Biståndshandläggare gör uppföljning av personer som flyttat in på boende tre till fem månader efter inflyttningen på individnivå enligt utarbetad rutin. Därefter görs uppföljning om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Samverkan sker då mellan berörda parter, den enskilde och anhörig.

Övriga individuppföljningar

Övriga individuppföljningar kan exempelvis vara anhörigstöd i olika former och ledsagarservice. En uppföljning görs alltid årligen samt om den är påkallad, det kan vara den enskilde, anhörig, utförare eller annan huvudman som initierar att behovet förändrats. Då görs en ny bedömning, beslut och beställning och kontakt ska tas med utföraren och den enskilde.

Vid dessa tillfällen deltar förutom personen och dennes närstående även representanter från utföraren och beställaren

Avdelningen för myndighetsutövning LSS

Uppföljningsplan för avdelningen LSS

Insatser enligt LSS är en rättighetslag. Den som uppfyller kraven för att tillhöra lagens personkrets har rätt att få vissa i lagen angivna insatser, förutsatt att ett behov av insats föreligger och att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Målet för insatserna enligt LSS är att främja människors jämlikhet i levnadsvillkoren och full delaktighet i samhällslivet och uppnå goda levnadsvillkor.

En individuell uppföljning görs alltid när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla eller om behov föreligger.

Förutom den uppföljning som är styrd till beslutet ingår det i LSS-handläggarens och samordnarens ansvar, att kontrollera att beställning och genomförandeplan överensstämmer samt följa upp de brukare som tackar nej till erbjudande, vilket kan leda till en omprövning av beslutet.



9 § 1 Råd och stöd

Rådgivning och annat personligt stöd är stödinsatser av övergripande karaktär, som främst ges av hälso- och sjukvården. Insatsen ges främst till den funktionsnedsatta men kan och bör även utformas som ett stöd till hela familjen.

LSS-handläggare har inget ansvar för att följa upp insatsen, men ska samverka med hälso- och sjukvården vid behov.

9 § 2 Uppföljning av beslut, biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd för assistans

Målgruppen är personer med funktionsnedsättning med stora och varaktiga funktionsnedsättningar. Personer med funktionsnedsättning kan välja mellan att anlita kommunen, någon annan anordnare av personlig assistans eller själv anställa sin personliga assistent.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla eller om behov föreligger. LSS-handläggare ska även bevaka behov av utökad hjälp och anmäla behovet till försäkringskassan om LSS-handläggaren bedömer att det grundläggande behovet överstiger 20 timmar per vecka.

9 § 3 Uppföljning av beslut, biträde av ledsagning

Insatsen ska ses som ett led i strävan att underlätta för den enskilde att ha kontakter med andra och att delta i samhällslivet

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla.

9 § 4 Uppföljning av beslut, biträde av kontaktperson

Insatsen har en viktig uppgift att hjälpa till att bryta den enskildes isolering och underlätta ett självständigt liv i samhället. Insatsen är inte av professionell karaktär och är en arvoderad insats.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla.

9 § 5 Uppföljning av beslut avlösarservice i hemmet

Föräldrar som har barn med stora funktionsnedsättningar har rätt att få avlösarservice i hemmet för att ha möjlighet att ägna sig åt det funktionsnedsatta barnets syskon eller för egen rekreation.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla.

9 § 6 Uppföljning av beslut korttidsvistelse utanför det egna hemmet

Insatsen innebär att ge den enskilde möjlighet att tillfälligt vistas på korttidshem, familjehem eller delta i lägervistelse för att främja miljöombyte eller stimulans i den personliga utvecklingen.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla och om insatsen är återkommande. Är insatsen av tillfällig karaktär följs insatsen inte upp.



9 § 7 Uppföljning av beslut, korttidstillsyn för skolungdom över 12 år

Skolungdom som är över 12 år, vars föräldrar förvärvsarbetar och som inte klarar att själv tillgodose en meningsfull sysselsättning, har rätt till korttidstillsyn före och efter skoltid samt under lov.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla eller om behov föreligger. LSS-samordnare stämmer av stödbehovet med kultur- och fritidsförvaltningen terminsvis, som idag är huvudutförare av insatsen.

9 § 8 Uppföljning av beslut boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn

Bostad med särskild service för barn och ungdomar ska ofta tillgodose komplicerade omvårdnadsbehov men kan ibland vara motiverad på grund av skolgång på annan ort.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla, annars minst en gång per år eller om behov föreligger. Uppföljning sker oftast tillsammans med andra huvudaktörer som exempelvis socialförvaltningen, barn- och utbildningsförvaltningen samt landstingets barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och kan då ske var tredje månad.

9 § 9 Uppföljning av beslut, bostad med särskild service för vuxna eller annan anpassad bostad

Bostad med särskild service för vuxna ska tillgodose individuellt anpassad hjälp i den dagliga livsföringen och avser insatser som ska tillgodose den enskildes psykiska, fysiska och sociala behov.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla, annars minst en gång per år eller om behov föreligger.

9 § 10 Uppföljning daglig verksamhet

Daglig verksamhet tillförsäkras endast person med funktionsnedsättning som tillhör personkrets 1§ 1-2. Förutsättningen för att få daglig verksamhet är att personen är i yrkesverksam ålder, står ej till arbetsmarknadens förfogande och inte går någon utbildning.

En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla eller om behov föreligger. För personer som inte bor i bostad med särskild service kommer en individuell uppföljning att ske vart annat år.



Övriga uppföljningar

Uppföljning av det systematiska brandskyddsarbetet och risk- och säkerhetsarbetet i verksamheterna görs årligen och rapporteras till omvårdnadsnämnden.

Uppföljning av miljöarbetet och klimatstrategin görs årligen i verksamheterna och rapporteras till omvårdnadsnämnden i delårsrapporter och årsredovisning.

En sammanställning och uppföljning av inkomna klagomål och synpunkter rapporteras till omvårdnadsnämnden en gång per år.

En sammanställning och uppföljning av rapportering av missförhållanden görs två gånger per år till omvårdnadsnämnden

Ej planerade uppföljningar kan ske anmälda eller oanmälda vid oförutsedda händelser eller på förkommen anledning, exempelvis efter inkomna klagomål och synpunkter/eller efter inrapporterade avvikelser.

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2022

Avtalsuppföljning av nämnden verksamheter inom SoL och LSS.				
Staben för kvalitetsutveckling				
Verksamhet	Aktivitet	Metod och frekvens	Ansvarig	Rapporteras till
Samtliga utförare	Synpunkter och klagomål	Ta emot och registrera klagomål eller synpunkter i särskilt klagomålssystem i Access. Vidarebefordra till verksamheten samt bevaka att det utreds och återkopplas till den som framfört klagomål eller synpunkter.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Sammanställs och redovisas till nämnd 1 gång/år.
Samtliga utförare	Rapporteringsskyldighet (lex Sarah)	<p>Ta emot rapporter, informera förvaltningschef samt nämndens ordförande. Bevaka att utredning och analys genomförs, att åtgärder vidtas samt att en bedömning av allvarligheten i händelsen (risk för missförhållande eller missförhållande alternativt risk för allvarligt missförhållande eller allvarligt missförhållande) görs i enlighet med lex Sarah.</p> <p>Vid händelse inom Humaniora vård och omsorg ansvarar förvaltningschefen för bedömningen av allvarlighetsgraden i händelsen och därmed om anmälan till Inspektionen för vård och omsorg ska göras.</p>	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Sammanställs och redovisas för nämnd 2 ggr/år.
Boendestöd	Uppföljning av boendestöd	<p>Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplan (över 5 brukare) 2. Uppföljning av fokusområden 3. Granskningar av 	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2022

		<p>kvalitetsberättelser.</p> <p>4. Samverkansmöten</p> <p>5. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.</p>		
Hemtjänst	Uppföljning av hemtjänst	<p>Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade</p> <p>1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplan</p> <p>2. Uppföljning av fokusområden</p> <p>3. Granskningar av kvalitetsberättelser</p> <p>4. Phoniro; Personalkontinuitet, arbetstidslagen.</p> <p>5. Samverkansmöten</p> <p>6. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.</p>	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år
Dagverksamhet	Uppföljning av dagverksamhet	<p>Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade</p> <p>1. Avtalsuppföljning/uppföljning av utvecklingsplan.</p> <p>2. Samverkansmöten</p>	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2022

LSS 9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet	Uppföljning av LSS 9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet	Avtalsuppföljning av LSS 9§6 korttidsvistelse utanför det egna hemmet görs på förekommen anledning.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas på förekommen anledning.
LSS 9§7 korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	Uppföljning av LSS 9§7 korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	Avtalsuppföljning av LSS 9§7 korttidstillsyn för skolungdom över 12 år görs på förekommen anledning.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas på förekommen anledning.
LSS 9§8 Bostad med särskild service för barn och ungdom	Uppföljning av LSS 9§8 Bostad med särskild service för barn och ungdom	Avtalsuppföljning av bostad med särskild service för barn och ungdom enligt LSS 9§8 görs på förekommen anledning.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas på förekommen anledning.
LSS 9§9 Gruppboende och serviceboende	Uppföljning av LSS 9§9 Gruppboende och serviceboende	Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade. 1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplan 2. Uppföljning av fokusområden 3. Granskningar av kvalitetsberättelser. 4. Samverkansmöten 5. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2022

LSS 9§10 Daglig verksamhet	Uppföljning av LSS 9§10 Daglig verksamhet	Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade. 1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplan 2. Uppföljning av fokusområden. 3. Granskningar av kvalitetsberättelser. 4. Samverkansmöten 5. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
Vård- och omsorgsboende	Uppföljning av vård- och omsorgsboende	Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser samt att våra anvisningar och rutiner för verksamheten är aktuella/uppdaterade. 1. Avtalsuppföljningar/uppföljning av utvecklingsplaner 2. Granskningar av kvalitetsberättelser 3. Uppföljning av fokusområden. 5. Samverkansmöten 6. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
Vård- och omsorgsboende LOV-enstaka platser utanför Solna	Uppföljning av vård- och omsorgsboende LOV-enstaka platser utanför Solna	Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser. 1. Avtalsuppföljningar (verksamheter med minst 5 Solnabor) 2. Granskningar av kvalitetsberättelser	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2022

		3. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.		
Vård- och omsorgsboende LOV-enstaka platser i Solna	Uppföljning av vård- och omsorgsboende LOV-enstaka platser i Solna	Uppföljning av att verksamheten bedrivs enligt avtal och överenskommelser. 1. Avtalsuppföljningar (verksamheter med minst 5 Solnabor) 2. Granskningar av kvalitetsberättelser 3. Kvalitetsfrågor på individnivå genomförs av handläggare.	Kvalitetsutvecklare	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
LSS 9§9 Gruppboende och servicebostäder	Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete (SBA) LSS Boende	SBA är ett samlingsnamn för alla brandskyddsåtgärder som är reglerade enligt lag. Alla organisationer, oberoende av storlek och verksamhet, ska arbeta systematiskt och kontinuerligt med sitt brandskydd. Det innebär såväl förebyggande arbete, för att undvika bränder, som kontinuerligt underhåll av det som måste fungera om det trots allt skulle börja brinna.	Fastighetsintendent	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.
Vård- och omsorgsboende	Uppföljning av systematiskt brandskyddsarbete (SBA) Vård- och omsorgsboende	SBA är ett samlingsnamn för alla brandskyddsåtgärder som är reglerade enligt lag. Alla organisationer, oberoende av storlek och verksamhet, ska arbeta systematiskt och kontinuerligt med sitt brandskydd. Det innebär såväl förebyggande arbete, för att undvika bränder, som kontinuerligt underhåll av det som måste fungera om det trots allt skulle börja brinna.	Fastighetsintendent	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år.

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2022

Hemtjänst, vård- och omsorgsboende samt gruppboendestäder och serviceboendestäder	Uppföljning av miljöarbete och arbetet med klimatstrategin.	Uppföljning av miljöarbetet och klimatstrategin på verksamheterna	Fastighetsintendent	Omvårdnadsnämnden. Redovisas för nämnd 1 gång/år i årsredovisningen.
---	---	---	---------------------	--

Hälsa- och sjukvårdsuppföljning				
Verksamhet	Aktivitet	Metod och frekvens	Ansvarig	Rapporteras till
Nio vård- och omsorgsboenden	Uppföljning av hälso- och sjukvården	Enkät som besvaras av ansvarig MAS i samarbete med verksamhetschef och legitimerad personal. En gång per år redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
Nio vård- och omsorgsboenden	Uppföljning av registrering nationella kvalitetsregister som Senior Alert, Palliativa registret och BPSD	Genom att ta fram rapporter ur registren. En gång per år redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR i samarbete med verksamhetschefer	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
Nio vård- och omsorgsboenden	Punktprevalensmätningar som innefattar hur personalen arbetar efter basala hygienrutiner samt mätning av antal trycksår och trycksårskategori.	En till två gånger per år redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS i samarbete med verksamhetschefer	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
Nio vård- och omsorgsboenden	Avvikelseenkät som besvaras av verksamhetschef	En gång per månad redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR i samarbete med verksamhetschefer	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2022

Humaniora hälso- och sjukvårdsteam LSS	Uppföljning av hälso- och sjukvård	Enkät som besvaras av verksamhetschef i samarbete med legitimerad personal Besök i verksamheten. Granskning av omvårdnadsjournaler. En gång per år redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
LSS gruppboväder	Uppföljning av hälso- och sjukvård	Enkät som besvaras av verksamhetschef. En gång per år redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.	MAS/MAR	Omvårdnadsnämnden Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för nämnden 1 gång/år.
Samtliga nio vård- och omsorgsboenden samt LSS gruppboväder	Anmälning Lex Maria	Ta emot rapporter, informera förvaltningschef samt nämndens ordförande. Bevaka att utredning och analys genomförs, att åtgärder vidtas. Bedömning av allvarligheten i händelsen och skicka anmälan till IVO inom egen regi.	MAS/MAR	Dras löpande för omvårdnadsnämnden

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2022

Avdelningen för myndighetsutövning LSS

LSS Gruppboendestäder, daglig verksamhet och boendestöd				
Verksamhet	Aktivitet	Metod och frekvens	Ansvarig	Rapporteras till
LSS Boende	Ej Verkställda beslut	Rapportering av boende-samordnaren månadsvis Rapportering av samordnare 1g/kvartal	Samordnare för boende Avdelningschef	Avdelningschef, Ledningsgrupp (LG) Omvårdnadsnämnden
LSS Boende	Uppföljning av beslut	LSS handläggare gör en bedömning av behov om fortsatt insats inom tre månader innan beslutet löper ut. I samband med ombedömning görs en individuppföljning på boende. Redovisas 1g/månad	LSS-handläggare	Avdelningschef
LSS Boende	Uppföljning på individnivå	För de brukare som har ett pågående beslut gör LSS handläggare en uppföljning på boendet eller på den plats som brukaren önskar Redovisas 1 gång/år.	Avdelningschef	Omvårdnadsnämnden Redovisas för nämnden 1 gång/år.
LSS Daglig verksamhet (DV)	Ej Verkställda beslut	Rapportering av samordnare 1g/kvartal	Avdelningschef Koordinator för daglig verksamhet	Omvårdnadsnämnden

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2022

LSS Daglig verksamhet	Uppföljning av beslut	LSS handläggare gör en bedömning av behov om fortsatt insats inom tre månader innan beslutet löper ut. I samband med ombedömning görs en individuppföljning på DV. Redovisas 1gång/månad	LSS-handläggare	Avdelningschef
LSS Daglig verksamhet	Uppföljning på individnivå	En individuell uppföljning görs alltid av LSS-handläggare när det tidsbegränsade beslutet upphör att gälla eller om behov föreligger. För personer som inte bor i bostad med särskild service kommer en individuell uppföljning att ske vart annat år. Redovisas 1gång/år	LSS-handläggare	Avdelningschef
LSS insatser §§9:2–9:7	Uppföljning av beslut	LSS handläggare gör en bedömning av behov om fortsatt insats inom tre månader innan beslutet löper ut. Redovisas 1gång/månad	LSS-handläggare	Avdelningschef
Boendestöd	Uppföljning av beslut	Handläggare gör en uppföljning inom 3 månader från det att genomförandeplanen inkommit.	LSS- och SOL handläggare	Avdelningschefer LSS och SOL

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2022

Avdelningen för myndighetsutövning SoL

Vård- och omsorgsboende, Hemtjänst och dagverksamheter				
Verksamhet	Aktivitet	Metod och frekvens	Ansvarig	Rapporteras till
Vård- och omsorgsboende	Uppföljning på individnivå	Biståndshandläggare gör uppföljningar av individuella biståndsbeslut för personer 3–5 månader efter inflyttning samt vid påkallat behov.	Biståndshandläggare	Avdelningschef, SoL
Vård- och omsorgsboende	Verkställda beslut	(Rapportering av boende-samordnaren veckovis i LEDA i Stratsys.) Under Pandemi sker det regelbundet till Krisledningsgruppen.	Boendesamordnare	Avdelningschef, SoL
Vård- och omsorgsboende	Ej verkställda beslut	Rapportering av boende-samordnaren veckovis i LEDA i Stratsys. Rapportering av boendesamordnaren per kvartal.	Boendesamordnare	Avdelningschef, SoL IVO Omvårdnadsnämnden
Dagverksamhet Funktionsbevarande och demensdagvård	Uppföljning på individnivå	Biståndshandläggare gör uppföljning av individuella biståndsbeslut, i samband med att beslutet upphör samt vid påkallat behov.	Biståndshandläggare	Avdelningschef, SoL
Hemtjänst	Uppföljning på individnivå	Biståndshandläggare gör uppföljning av individuella biståndsbeslut, i samband med att beslutet upphör samt vid påkallat behov. Vid	Biståndshandläggare	Avdelningschef, SoL

Uppföljningsplan omvårdnadsnämnden 2022

		omvårdnadsbeslut görs en uppföljning efter en månad.		
--	--	--	--	--