

Socialförvaltningen

Vård-och omsorgsnämnden

Datum: 2020-02-05

Diarienummer: VON 2020/0012

Verksamhetsuppföljning 2019 inom funktionsnedsättning

Sammanfattning

I rapporten beskrivs 2019 års uppföljningsarbete inom funktionsnedsättningsområdet

Beslutsförslag

Vård- och omsorgsnämnden noterar rapporten till protokollet.

Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden beställer av eller avtalar med utförare att driva verksamheter inom nämndens område. Nämnden har beslutat om uppföljningsplan där nämndens uppföljningsarbete beskrivs närmare (VON §8:6, 2018-09-25).

Föreliggande rapport redovisar uppföljningsarbetet och slutsatser från det arbete som har genomförts under 2019. Slutsatserna leder till en beskrivning av vad som blir fokus för uppföljningsarbetet under 2020.

Bilagor

Rapport verksamhetsuppföljning 2019 inom funktionsnedsättning, 2020-02-05

Susanna Kiesel
Socialdirektör

Mia Morén
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Annika Manriquez
Medicinskt ansvarig för rehab

Digitala Signaturer

Signerad med: IdP Österåker
Signerad av: Annika Manriquez, Kvalitetsansvarig för Rehabilitering
Datum: 2020-02-13 11:28 +01:00

Signerad med: IdP Österåker
Signerad av: Mia Morén, Medicinskt ansvarig
Datum: 2020-02-13 13:29 +01:00

Signerad med: IdP Österåker
Signerad av: Susanna Kiesel, Socialdirektör
Datum: 2020-02-13 14:19 +01:00

Datum: 2020-02-05

Ärendenummer: VON 2020/0012

Verksamhetsuppföljning 2019 inom funktionsnedsättning

Genomförd av: kvalificerad utredare, sakkunnig funktionshinder, medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehab

Inledning

Begrepp som används är:

LSS – Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

SoL – Socialtjänstlagen

HSL – Hälso- och sjukvårdslagen

Brukare – Mottagare av stödet i verksamheten

KSPU – Kommunstyrelsens produktionsutskott

HSE – Hälso- och sjukvårdsenheten inom KSPU

QUSTA (Quality, Uppföljning, Säkerhet, Tillsyn och Ansvar) – Kvalitetsinstrumentet för uppföljning av hälso- och sjukvård

Årets verksamhetsuppföljning inom området funktionsnedsättning (LSS) och socialpsykiatri (SoL) omfattar verksamheter inom KSPU och privata utförare, som har avtal enligt LOV eller entreprenadavtal enligt LOU. I KSPU:s fall gäller beställningar.

Sakkunnig funktionshinder och kvalificerad utredare har följt upp samtliga verksamheter inom LSS och socialpsykiatri SoL under året. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har följt upp verksamheter som innefattas av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret (gruppbofästäder, stöd- och service, daglig verksamhet)¹.

Verksamheter som omfattas av årets uppföljning:

- Bostad med särskilt service genom LSS*
- Bostad med särskild service genom SoL*
- Daglig verksamhet genom LSS*
- Dagverksamhet genom SoL för personer med psykisk funktionsnedsättning*

¹ Verksamheter markerat med * ingår i det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret.

- Kontaktperson, avlösarservice och ledsagning genom LSS
- Korttidstillsyn och korttidsvistelse genom LSS
- Personlig assistans genom LSS eller Socialförsäkringsbalken SFB (enbart KSPU)
- Boendestöd och kontaktperson genom SoL
- Öppna verksamheter för personer med funktionsnedsättning

Närmare beskrivning av aktuella verksamheter finns sist i rapporten.

En verksamhet inom socialpsykiatri har fått en ny utförare. För att säkerställa en god kvalitet på insatserna och följa upp anbudet i de utlovade mervärdesinsatserna, (att dessa aktiviteter kommer till stånd och brukarna tillgodo) så har MAS, MAR och kvalificerad utredare haft täta uppstartsmöten varje månad under de först fyra månaderna.

Syfte

Syftet med verksamhetsuppföljning är att säkerställa att alla brukare inom LSS och socialpsykiatri erbjuds en säker och ändamålsenlig vård och omsorg av god kvalitet. Uppföljning ska även stimulera till ständig förbättring och vidareutveckling.

Uppföljning av verksamheterna har skett utifrån rådande lagar och föreskrifter som styr verksamheten, samt i de avtal, policys och riktlinjer som kommunen i övrigt har upprättat för verksamheterna.

Metod

Beställaren har utifrån fokusområden haft en tillitsbaserad och transparent samverkan. Verksamhetens ledning har inför uppföljningsmöten delgivit aktuella fokusområden för uppföljningarna. Verksamheten har haft möjlighet att förbereda sig och arbeta med eventuella förbättringsåtgärder innan besöket skett vilket minskat behovet av åtgärds- och handlingsplaner. På så vis bidrar uppföljningarna till kvalitets- och verksamhetsutveckling i dialog mellan utförare och beställare.

- Uppföljningsmöten med utförare och beställare.
- Besök i verksamheterna.
- Brukarundersökning där brukare bedömer verksamheten.
- Enhetsundersökning där enheten besvarar frågor som indikerar kvalitet.
- Uppgiftsinsamling för kommunens kvalitet i korthet (KKIK).
- Uppgifter insamlade i samband med andra utredningar eller på förekommen anledning.
- Redovisningar av synpunkter och klagomål samt rapporter om missförhållanden enligt Lex Sarah.

- LSS- och socialpsykiatrihandläggarnas uppföljning av brukarens individuella beslut.

I rapporten redovisas resultat från samtliga punkter med undantag av handläggarnas uppföljning på brukarnivå. Rubrikerna i rapporten följer områden som varit i fokus för uppföljningarna.

Hälso- och sjukvårdsgranskningen genomfördes genom:

1. QUSTA samt egenkontroll på styrkor och utvecklingsområden besvarades av legitimerad personal och ledning inför planerat besök i verksamheterna.
2. Dialog med ledning och representanter för de legitimerade yrkesgrupperna i verksamheten.
3. Granskning av material så som lokala rutiner, avvikelshantering, egenkontroller, apoteksgranskning, läkemedelsgenomgång mm, som utföraren på begäran av beställaren skickat in för granskning.

QUSTA belyser områden inom hälso- och sjukvården som regleras enligt lagar och förordningar samt för utförande av vård och behandling vilket ger underlag för bedömning om;

- vårdtagarna erbjuds en god och säker vård som håller hög kvalitet
- framtagna regler för hälso- och sjukvård följs och
- verksamheterna i sitt ledningssystem har upprättat lokala rutiner för att säkra vården

Resultat av verksamhetsuppföljning enligt LSS och SoL

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Verksamheter inom socialtjänsten ska ha ett ledningssystem för kvalitet vars omfattning är anpassat till den aktuella verksamhetens inriktning och omfattning. Syftet är att fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Alla verksamheter har någon form av ledningssystem för kvalitet. Omfattningen och utformningen skiljer sig åt, likaså hur långt verksamheterna har kommit i arbetet med att ledningssystemet ska genomsyra den dagliga verksamheten och dess personal inklusive ledningen. Inom Produktionsförvaltningen pågår ett arbete med att utveckla strukturen och förutsättningarna för sitt kvalitetsarbete, även om många rutiner redan finns på plats och används. Hos de privata utförarna finns ett väl utvecklat ledningssystem för kvalitet och där ligger verksamhetens fokus på att implementera och ständigt utveckla och revidera de rutiner som finns i systemet.

På gemensamma (MAS, MAR o sakkunnig) uppföljningsmöten var det ett stort fokus hälso- och sjukvård utifrån QUSTA. Förutom detta tittade sakkunnig på frågan om upplevd och strukturell trygghet i verksamheten för brukaren. Vad gäller upplevd trygghet i verksamheten visar uppföljningarna att verksamheterna arbetar med dessa frågor till viss del och att en majoritet av brukarna känner sig trygga i sina verksamheter. Brukarundersökningen 2018 för deltagande verksamheter inom Österåker kommun visade dock på lägst resultat på området om upplevd känsla av trygghet därav dessa fokusval.

När trygghet inte finns är dock orsaken delvis svårtolkad då det är svårt att dra slutsatser kring detta utan en djupare analys och uppföljning på individnivå, vilket inte är inom ramen för denna uppföljning. Detta beror på att orsaken till den upplevda otryggheten ofta är väldigt individuell och personlig för brukarna. Det vill säga om den upplevda otryggheten till exempel är direkt eller indirekt kopplad till andra brukare som man är granne med eller arbetar med, om det beror på personalens bemötande och agerande eller saker som egentligen inte är kopplade till verksamheten i sig såsom exempelvis känslighet för ljud, dålig belysning, brister i när- och utemiljö samt de personliga förutsättningarna såsom generella ångesttillstånd som inte alls är kopplade till insatsens innehåll eller kvalitet.

Det finns relativt få studier på området våld i nära relation och funktionsnedsatta. De evidensbaserade studier som finns visar entydigt på att risken är mycket större att utsättas för våld om man har en funktionsnedsättning. Enligt internationella studier är risken 3-5 gånger större och enligt svenska studier är risken dubbelt så stor. För personer med funktionsnedsättningar vidgas även begreppet våld i nära relation till att omfatta det många gånger omfattande professionella nätverket som vanligen finns runt dessa personer. (Jens Ineland, Umeå universitet forskare och föreläsare vid konferensen Riva hinder 2019-10-14)

Höstens fokusområde vid uppföljningarna av kvalificerad utredare har därför utgått ifrån trygghetsfokus med inriktning på det verksamheten kan påverka i allra högst grad, nämligen personalens professionalitet, kapacitet och kompetens.

Fokusområden under höstens uppföljningar har varit;

- Vilka rutiner finns för hur personalen ska agera vid misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har blivit utsatt för våld?
- Hur arbetar man förebyggande för att motverka ohälsa och eventuell otrygghet?
- Hur tar personalen reda på brukarnas upplevda trygghet i den löpande vardagskontakten?
- Hur arbetar man med sin rekrytering och vilken kompetens krävs?
- Hur sker urvalet och vilka krav ställs?

- Begärs polisregisterutdrag inför anställning och görs detta på återkommande årsbasis?

Vilka rutiner finns för hur personalen ska agera vid misstanke om eller upptäckt av att brukaren har blivit utsatt för våld?

Bedömning

Verksamheterna hänvisar i hög grad med något enstaka undantag till rutiner som redan finns avseende hot och våld. Men dessa har oftast ett fokus på att skydda personalen från att utsättas för hot och våld från brukare, snarare än att det finns tydliga rutiner för hur personalen ska agera vid misstanke om eller upptäckt av att en brukaren har blivit utsatt för våld. Uppföljningen visar att det inte finns någon verksamhet som särskilt satsat på att ge sina medarbetare grundläggande kunskaper om olika former av våld och våldsförebyggande insatser. Inga handlingsplaner finns för upptäckt av sexuellt våld eller övergrepp hos brukare.

Utvecklingsområden

Verksamheterna behöver skapa lokala rutiner utifrån sin specifika målgrupp och verksamhet för hur personalen ska agera vid misstanke om eller upptäckt av att en brukare har blivit utsatt för våld. Verksamheten behöver skapa handlingsplaner för hur hantera sexuellt våld och övergrepp hos brukare. KSPU kan med fördel skapa dessa rutiner och handlingsplaner generellt för samtliga verksamheter och varje enhet kan därefter göra de justeringar som eventuellt behövs i en lokal handlingsplan. Vidare skulle verksamheterna behöva ge sina medarbetare en gemensam grundutbildning om olika former av våld för att kunna identifiera, stödja, förstå och bistå brukare som utsätts för hot och/eller våld.

Hur arbetar man förebyggande för att motverka ohälsa och eventuell otrygghet?

Bedömning

Verksamheterna arbetar inte uttalat och strukturellt för att motverka ohälsa och eventuell otrygghet. Men på individnivå sker ett arbete på många verksamheter utifrån brukarens specifika behov och den genomförandeplan som ska finnas för varje individ i varje verksamhet. På gruppnivå arbetar de flesta enheter med regelbundna brukarmöten där brukarna har möjlighet till delaktighet och att komma med synpunkter och klagomål. Detta kan bidra till att motverka ohälsa och eventuell otrygghet. Man använder inte FREDA kortfrågor på någon av verksamheterna, vilket skulle kunna vara ett sätt att arbeta förebyggande kring otrygghet då man samtidigt ger brukaren möjlighet att lära sig mer om saker som gör dem otrygga och hjälper dem att börja reflektera över vad som skapar en känsla av otrygghet.

Utvecklingsområden

Verksamheterna skulle kunna utbilda sig för att regelbundet kunna ställa FREDA kortfrågor. Verksamheterna skulle även kunna använda sig av mer metodmaterial (Ex. Något har hänt & Så funkar sex) i verksamheterna från exempelvis Forum Skill

som har tillgänglighetsanpassat material för både en primär (brukare) och sekundär (personal och anhöriga) målgrupp.

Hur tar personalen reda på brukarnas upplevda trygghet i den löpande vardagskontakten?

Bedömning

Verksamheterna beskriver att samtal om trygghet sker mer indirekt och att detta sker i den vardagliga kontakten och utredarens bedömning är att det aldrig eller sällan sker mer systematiskt med syfte att kartlägga tryggheten för att kunna undanröja källor till otryggheten. Många enhetschefer beskriver engagerade medarbetare som har en hög kompetens och som utgör en stor trygghet för brukarna och har en hög förmåga att tillgodose brukarnas grundläggande behov av trygghet omkring sig. De flesta verksamheterna deltar i socialstyrelsens nationella brukarundersökning men det finns undantag hos de privata utförarna.

Utvecklingsområden

De verksamheter som inte deltar i den nationella brukarundersökningen bör göra det och av de som deltar behöver verksamheterna arbeta för att öka motivationen till att brukarna deltar i dessa brukarundersökningar. För att detta ska kännas meningsfullt måste en analys av resultatet göras av ledning, medarbetare och brukare i den mån detta är möjligt utifrån målgruppen. Både personal och brukare behöver göras delaktiga i verksamhetens utveckling och ta del av resultat och se att de handlingsplaner som skapas omsätts i praktiken och att detta leder till förändringar och förbättringar. Detta kan med fördel göras genom workshops och att brukarundersökning genomförs av neutrala personer utanför verksamheten, exempelvis genom att man genomför undersökningen på varandras enheter inom kommunen istället för på sin egen enhet. Kanske kan den så kallade "Delaktighetsmodellen" vara en framgångsrik metod att få mer kunskap om hur brukarna upplever sina insatser i brukare och sysselsättning/daglig verksamhet

Modellen har utvecklats inom FoU Välfärd Kommunförbundet Skåne och används nu i stora delar av landet. Genom att återkommande använda modellen stärks den enskildes möjlighet till delaktighet och inflytande. Det innebär att modellen kan ses både som en träning i att vara delaktig och som ett sätt för ökat inflytande och delaktighet. Modellen kan också vara ett led i verksamhetsutvecklingen.

Delaktighetsmodellen handlar om ökad delaktighet och inflytande och är ett arbetssätt för att stärka individens engagemang och inflytande över sitt liv och sin vardag. Modellen bygger på dialogsamtal mellan den enskilde och personal kring önskade teman och frågor. Genom att återkommande använda modellen stärks möjligheten till delaktighet och inflytande. Forum Carpe utbildar vägledare i och deltar i nätverk kring Delaktighetsmodellen. (Mer info på Forum Carpes hemsida)

Hur arbetar man med sin rekrytering och vilken kompetens krävs? Hur sker urvalet och vilka krav ställs?

Bedömning

Samtliga verksamheter beskriver bra och tydliga rutiner för hur de arbetar med rekrytering av personal. De flesta enhetschefer hänvisar till gemensamma riktlinjer och dokument som finns i de olika ledningssystemen. En minoritet av cheferna använder sig av framtagna mallar med frågor till de sökande men de flesta beskriver att de gör en kravprofil och funderar över vilka egenskaper och kunskaper som kan komplettera arbetsgruppen. Alla genomför minst en personlig intervju, ofta tillsammans med någon annan medarbetare/samordnare och alla enhetschefer tar 1-2 telefonreferenser innan anställning, nästan alla vill att minst en referens är en tidigare chef. I många verksamheter kräver man både formell kompetens och erfarenhet av målgruppen i kombination med den personliga lämpligheten.

I några av verksamheterna (någon enstaka gruppbostad, kontaktpersoner, ledsagning och personlig assistans) har man inte krav på formell kompetens utan ser mer till personlig lämplighet och i bästa fall erfarenhet av vård eller omsorgsarbete. Men i dessa verksamheter upplever man även generellt att man har stora utmaningar med att rekrytera och behålla personal över tid och att man har en högre personalomsättning, än de enheter där man enbart har personal med formell kompetens och erfarenhet. Cirka 65 % av tillsvidareanställd personal inom de verksamheter som Vård- och omsorgsnämnden beställer har en grundutbildning lämplig för området (andelen är lägre inom LSS och högre inom SoL/socialpsykiatri).

Ingen av verksamheterna har krav på utbildning när det gäller vikarier men strävar efter att de ska ha erfarenhet av målgruppen eller liknande arbete. De privata utförarna beskriver en stabilare personalsituation och lägre omsättning på personal men även flera enheter inom produktionsförvaltningen har en god personalförsörjning och låg personalomsättning. De flesta enheterna använder sig (olika mycket) av den kompetensutveckling som erbjuds via Forum Carpe. Med något enstaka undantag anser enhetscheferna att den kompetensutveckling som ges är av god kvalitet och motsvarar enhetens behov till stor del. De privata aktörerna har tillgång till riktad kompetensutveckling inom sina koncerner och använder sig i hög grad av denna kompetensutveckling istället för den via Forum Carpe. För samtliga verksamheter krävs en person, verksamhetschef, med lämplig utbildning och erfarenhet som förestår verksamheten. Vad som är lämplig utbildning och erfarenhet preciseras av IVO där tillstånd krävs samt av avtal och beställningar. Vissa utförare upplever svårigheter i att kunna rekrytera verksamhetschef med rätt utbildning.

Utvecklingsområde

Verksamheterna måste sträva efter att i så hög grad som möjligt enbart anställa medarbetare med formell kompetens och erfarenhet. Det finns allmänna råd ifrån Socialstyrelsen att förhålla sig till om vilka kunskaper som personal bör besitta. Dessa förvärvas huvudsakligen på gymnasienivå. Fler befintliga medarbetare bör ges möjlighet att skaffa sig formell kompetens om de verkar besitta lämpliga egenskaper och förutsättningar

Begär man polisregisterutdrag inför anställning och görs detta på återkommande årsbasis?

Bedömning

Alla enhetschefer uppger att de alltid begär utdrag ur polisens belastningsregister innan anställning. Medarbetaren begär själv ut detta och lämnar i oöppnat kuvert till rekryterande chef. Alla uppger att de skulle ha mycket låg tolerans för förekomst i registret alternativt nolltolerans. Alla uppger att det är väldigt ovanligt/aldrig hänt att någon lämnar ett registerutdrag med förekomst. Ingen av verksamheterna har idag som rutin att begära in nya registerutdrag på befintliga medarbetare men alla anser att detta skulle öka tryggheten för arbetsgivaren och brukarna. De är positivt inställda att införa detta som en ny rutin under 2020.

Utvecklingsområden

Att samtliga enheter har som rutin att begära in nya utdrag ur polisens belastningsregister på årsbasis. Att man lyfter i sin organisation hur man ska ställa sig till eventuell förekomst och att man har en gemensam policy kring dessa bedömningar.

Brukarundersökningar

Under perioden från den 1 September - 31 October 2019 genomfördes den årliga nationella brukarundersökningen inom funktionsnedsättningsområdet.

Undersökningen genomfördes av kommuner och privata aktörer. 151 kommuner deltog i undersökningen och drygt 26 000 brukarsvar inkom till Socialstyrelsen. Svarefrekvensen över riket för undersökningen 2019 var i snitt 57%. Men svarefrekvensen varierar mellan de olika insatserna, med högst svarefrekvens för daglig verksamhet (63 %) och lägst för personlig assistans (42 %). Frågorna till brukarna berör; trygghet/rädsla, inflytande, omtanke förtroende för personal, trivsel, kommunikation, om man har rätt stöd, och möjlighet att lämna synpunkter.

Ser man till resultaten av brukarundersökningen och jämför med resultaten inom samtliga frågeställningar på riksnivå så ligger Österåker kommun bra till med en hög brukarvänlighet på alla verksamhetsområden, med något enstaka undantag.

På kommunnivå visar resultaten 2019 att de som erhåller gruppbostad LSS generellt sett är mer nöjda på alla punkter än de som bor i servicebostad. Av resultatet framgår även att man generellt sett har bättre resultat inom daglig verksamhet än inom sysselsättningen inom SoL. Bäst resultat på brukarundersökningen kan man se hos de brukare som erhållit boendestöd SoL och där har de positiva svaren höjts på samtliga områden sedan 2018 även om siffrorna såg bra ut redan då.

Om man tittar på vad brukarna inom LSS är mest nöjda med inom varje verksamhetsområde ses följande resultat. 92% av brukarna inom LSS gruppbostad är nöjda med personalens omtanke(att personalen bryr sig om brukaren) Inom LSS servicebostad är 84% av brukarna nöjda med personalens omtanke. 95% av brukare

inom LSS på daglig verksamhet är nöjda med personalens omtanke. 97% av de svarande på daglig verksamhet LSS vet vem de ska kontakta med synpunkter o klagomål. Resultaten var generellt sett högre för gruppbostad än för servicebostad.

Om man jämför resultaten från 2019 så ser man att inom gruppbostad så är brukarna mindre nöjda nu inom samtliga områden jämfört med resultaten 2018. Inom daglig verksamhet är man tvärtom generellt mer nöjd 2019, med en högre nöjdhet inom alla områden jämfört med 2018. Även i jämförelse med 2018 så sticker boendestödet ut i positiv bemärkelse men en nöjdhet mellan 94-99%, bortsett från om man vet vem man ska kontakta i verksamheten med sina synpunkter. Inom boendestödet svarar 84% ja på frågan och det är en klar förbättring mot 2018 då endast 66% svarade ja på denna fråga. Här går daglig verksamhet åt motsatt håll då 100% visste vem man skulle prata med i verksamheten om sina synpunkter 2018 men det är 87% som svarar att de vet detta 2019.

Om man lyfter ut det område med lägst resultat på kommunnivå så är det åter frågor som handlar om otrygghet och rädsla som har de sämsta resultaten även 2019. I undersökningen ställs dels frågan om man känner sig trygg med; alla i personalen, med några eller ingen i personalgruppen. Vidare ställer man frågan om brukaren aldrig känner sig rädd för något hemma/på daglig sysselsättning, eller om man ibland eller ofta känner sig rädd för något i hemmet/på daglig sysselsättning. Det man kan se är att det område som får lägst resultat för samtliga svaranden är det som handlar om generell rädsla i hemmet och inte om känslan av otrygghet med personalen, vilket ändå är en viktig distinktion. Man kan därför dra slutsatsen att den rädsla man beskriver handlar om saker såsom en granne/arbetskamrat som är arg/högljudd, rädsla för mörker, otrygg närmiljö omkring lägenheten/huset man bor i osv. För att göra en djupare analys kring rädsla och trygghet skulle en mer detaljerad uppföljning behöva göras på individnivå på alla enheter och detta ingår inte i den ordinarie uppföljningsplanen och kräver andra resurser alternativt att utföraren får i uppdrag att själva göra denna fördjupade analys på individnivå där behov och åtgärder förtydligas i genomförandeplanen.

Inom bostad med särskild service för personer med psykisk funktionsnedsättning finns för 2019 inga svar då verksamheten bytt utförare mitt under svarsperioden. Inte heller inom personlig assistans har man deltagit i brukarundersökningen

Enhetsundersökningen

Enhetsundersökningen bygger på uppgifter som lämnats från kommunala och privata verksamheter i landet som ger insatserna bostad med särskild service för vuxna samt daglig verksamhet. Öppna jämförelser på enhetsnivå kan belysa viktiga kvalitetsaspekter och syftar till att vara ett stöd för verksamhetsutveckling på lokal nivå. Enhetsundersökningen LSS genomfördes nu för tredje året i rad. Det går att på nationell nivå se en utveckling inom flera områden, till exempel finns rutiner för att personalen ska agera vid misstanke om våld i större utsträckning och på en större

andel av enheterna har personalen erbjudits utbildning i alternativ och kompletterande kommunikation, AKK.

Årets resultat på nationell nivå visar att:

- Många verksamheter arbetar med genomförandeplaner. Till exempel har 91 procent av personerna i bostad med särskild service aktuella genomförandeplaner som innehåller individuella mål.
- Fler enheter har planer för personalens kompetensutveckling samt erbjuder kompetensutveckling i alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). Däremot erbjuds kontinuerlig handledning fortfarande i begränsad omfattning.
- I 60 procent av boendena och 54 procent av de dagliga verksamheterna finns aktuella rutiner kring personalens agerande vid våld, vilket är en ökning från året innan.

Enhetsundersökningen visar att det finns bättre förutsättningar för rätt kompetens genom planer och kompetensutveckling.

Med rätt kompetens ökar förutsättningarna för att personalen ska bidra till insatser av god kvalitet. I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) beskrivs de kunskaper som rekommenderas för personal som arbetar i verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Personalen bör vid behov få fortbildning, vidareutbildning och handledning i syfte att upprätthålla de kunskaper och förmågor som krävs för att ge god vård och omsorg. Ett sätt för arbetsgivare att skapa förutsättningar för kompetensutveckling som bygger på kompetensbehov och verksamhetens mål, är aktuella kompetensutvecklingsplaner. Både för enskilda medarbetare och samlat för verksamheten. Det har skett en ökning av andelen enheter som har sådana planer. Däremot är det bara i en tredjedel av de dagliga verksamheterna som personalen erbjuds kontinuerlig handledning

Österåkers resultat

I Österåker finns 2019 svar från 13 LSS enheter inom bostad med särskild service som underlag för resultaten. 85% av de svarande enheterna är i kommunal regi och 15% är i privat regi.

100 % av enheter uppger att deras brukare har aktuella genomförandeplaner som har individuella mål uppsatta och som har dokumentation på brukarens delaktighet i planen. 62% av enheterna uppger att de har möten minst en gång i månaden för brukarnas delaktighet. 85 % av enheterna uppger att de använt sig av resultat på undersökningar av brukare för att utveckla sin verksamhet.

100% av enheterna uppger att de har rutiner för hur personal ska agera misstanke om eller upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller övergrepp 100% har rutiner för misstanke om eller upptäckt av att den enskilde är beroende av/missbrukar läkemedel.

Kommunens Kvalitet I Korthet (KKIK) LSS

Under 2019 har man inom KKIK för LSS valt att titta på frågan huruvida brukaren alltid trivs hemma och trots en försämring från 88 % (2018) till 79% (2019) som svarat att de alltid trivs i hemmet så ligger Österåker som ”gul”, det vill säga inom de

50% av deltagande kommuner som svarat och som inte utmärker sig som de 25% med bäst eller sämst resultat.

Den andra frågan för LSS området är inom daglig verksamhet och handlar om brukaren upplever att de själva får bestämma om saker de anser viktiga. Här har Österåker sedan 2016 legat bland de ”gröna” kommunerna, det vill säga bland de 25% med bäst resultat av deltagande kommuner i riket. Man har på området även höjt sitt positiva resultat från 85%(2018) till 89%(2019).

Om man tittar på Österåkers utredningstid i antal dagar från ansökan till insats så var snitttiden 2019, 80 dagar vilket är en knapp förbättring mot 2018 då snittet var 88 dagar men året innan, 2017 var snittet nere på 65 dagar. Österåker tillhör med detta resultat de kommuner som blir ”röda”, det vill säga de 25% av deltagande kommuner med sämst resultat. De ”gröna” det vill säga de 25% av deltagande kommuner med bäst resultat hade motsvarande snitt på mellan 6-30 dagars utredningstid innan beslut om insats.

Synpunkter, klagomål samt rapporter om missförhållanden enligt Lex Sarah

Totalt sett redovisas fortfarande få klagomål sett i relation till antal brukare i verksamheterna men antalet ökar successivt för varje år. Under 2019 inkom totalt 45 klagomål och nio Lex Sarah rapporter. Detta kan jämföras med 25 klagomål 2018 och 6 Lex Sarah rapporter. En ökning som särskilt kan tillskrivas KSPU, vilket är glädjande då klagomålshandling är en viktig del i verksamheternas kvalitets- och verksamhetsutveckling. I år utgörs nästan hälften av klagomålen på olika fastighetsfrågor såsom underhållsbehov, utebelysning, sophantering, skötsel av utemiljön.

Lex Sarah

Inom funktionsnedsättningsområdet har 9 Lex Sarah rapporter från utförarna meddelats nämnden under 2019

Sex av dessa kommer från verksamheter inom KSPU. En av rapporterna handlade om brist i omvårdnaden på en servicebostad. Fyra rapporter var händelser avseende personalens bemötande och den ena inkluderade även ett fysiskt övergrepp av en boende. Två av dessa utredningar ledde till att händelserna rapporterades till IVO. Den sista rapporten inom KSPU avsåg misstanke om brister i omsorgen inom korttidsverksamheten för barn. Utredningen visade att det inte handlade om ett missförhållande och ärendet avslutades utan att rapporteras in till IVO.

Tre rapporter har inkommit från privata från utförare. Den första handlade om ett oetiskt agerande av en personal och rörde en ekonomisk transaktion. Den händelsen rapporterades efter utredning vidare till IVO. Två rapporter inkom under hösten där den ena avser en köpt enstaka plats på ett gruppboende, rapporten avser brister i omsorgen. Händelsen rapporterades inte till IVO. Den sista rapporten avser en

utförare inom personlig assistans där rapporten avser misstanke om fysiskt övergrepp. Omfattande åtgärder och nya rutiner skapades efter en omfattande utredning.

Tre Lex Sarah rapporter avseende utförare inom Österåker har efter genomförd utredning gått vidare till IVO. IVO har efter sin utredning valt att avsluta utan att vidta några ytterligare åtgärder i dessa tre ärenden.

Kvalificerad utredares samlade bedömning av verksamhetsuppföljning inom funktionsnedsättning 2019

Vid rekrytering arbetar verksamheterna mycket likartat vad gäller referenstagning och krav på formell kompetens och/eller erfarenhet med några undantag i de verksamheter där man inte kan ställa dessa krav såsom inom ledsagning och kontaktpersoner samt inom personlig assistans. Vissa verksamheter har svårare att rekrytera utbildad personal och har högre personalomsättning medan andra har låg omsättning på personal och lättare att rekrytera utbildad och erfaren personal. Samtliga verksamheter begär utdrag ur polisens belastningsregister innan anställning och har låg tolerans alternativt nolltolerans för förekomst. Ingen av verksamheterna har haft som rutin att begära in nya utdrag från personalen på årsbasis. IVO har numer detta som krav på de privata utförare som de följer upp. De flesta verksamheter ansåg att en sådan rutin skulle vara en utveckling som skulle kunna bidra till ökad trygghet för brukaren. Det är önskvärt att även vård- och omsorgsnämndens utförare gör detta återkommande för en ökad säkerhet för brukarna.

Det finns anledning att titta närmare på genuskillnader både i 2019 års resultat och ha med detta perspektiv i kommande undersökningen då det finns resultat som indikerar att det finns stora skillnader i svaren beroende på kön.

Uppföljningarna visar att en del verksamheter behöver nya och bättre rutiner för hur personalen ska arbeta vid misstanke eller upptäckt våld. Verksamheterna kan även utveckla sitt förebyggande arbete och exempelvis ställa mer frågor om olika former av våld och otrygghet. Detta blir särskilt viktigt om man ser till resultaten där just dessa frågeställningar återkommer som de med sämst resultat, samt att det finns anledning att tro att upplevd otrygghet och rädsla inte nödvändigtvis är kopplat till personalens bemötande och kompetens. Det kan finnas andra faktorer som kan vara mycket viktiga att förstå för att på sikt kunna förebygga och undvika psykisk ohälsa hos en målgrupp som redan är särskilt sårbar. Önskvärt vore att samtliga utförare (liksom socialförvaltningen som påbörjat processen) implementerar en systematik avseende att dels ställa frågor om våld, exempelvis utifrån FREDA kortfrågor. Dels att ge samtliga medarbetare en gemensam grundläggande kompetens kring olika former av våld (psykiskt, fysiskt, sexuellt, materiellt och försummelse) samt våld i

nära relation och olika former av hedersrelaterat våld & förtryck. All evidens visar på vikten av att systematiskt ställa frågor om våld återkommande inom alla verksamhetsområden där vi möter våra kommuninnevånare inom vård och omsorgsnämnden verksamhetsområde.

Resultat av kvalitetsuppföljningen inom kommunens hälso- och sjukvård

1. Samverkan och informationsöverföring

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur och när personalen ska få kontakt med ansvarig sjuksköterska (ssk) dygnet runt samt med övrig hälso- och sjukvårdspersonal. Sjuksköterskan ska ha information om brukarens samtliga kontakter med hälso- och sjukvård om samtycke finns. Telefonnummer till ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal ska hållas aktuell.

Styrkor

Ssk har regelbundna besök i verksamheterna. Rutiner för kontakt med ssk och rehab personal finns. KSPUs verksamheter har haft problem med tillgänglighet till underleverantörens journalsjuksköterska.

Läkarinsatser utförs vardagar mellan 08:00-17:00 av den husläkarmottagning där brukaren är listad. Övrig tid är brukarna hänvisade till jourmottagningen i Täby.

Ssk har inte tillgång till läkarnas eller sjukhusens journalsystem Take Care, däremot till ordinationsverktyget Pascal. HSE har tillgång som konsument till Nationell patientöversikt (NPÖ) men inte övriga verksamheter.

Omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal har tillgång till varandras dokumentation.

Utvecklingsområden

Brukaren ska snarast erbjudas möjlighet till medicinsk bedömning för ett säkert och tryggt omhändertagande vad gäller hälso- och sjukvårdsinsatser.

Säkerställa rutiner när brukare lämnar boendet för annan vistelseplats.

Omsorgspersonal, läkare, sjuksköterska och anhöriga behöver alla vara införstådda med vem som ansvarar för brukarens hälso- och sjukvård.

Samtliga verksamheter behöver upprätta rutiner och säkerställa samverkan med externa vårdgivare kring brukare där det finns delat vårdgivaransvar för boendet och daglig verksamhet.

För ökad patientsäkerhet bör informationsöverföringen, vårdgivare emellan, ske direkt mellan hälso- och sjukvårdspersonal.

På sikt behöver rutiner och en lokal samverkansöverenskommelse mellan husläkarmottagningarna och samtliga verksamheter utformas.

KSPU behöver tydliggöra roller och ansvar mellan enhetscheferna och HSE-teamet.

2. Läkemedelshantering

Lokala rutiner för läkemedelshantering ska vara kända av berörd personal. För hantering av narkotika gäller särskilda regler. All hantering av läkemedel ska vara spårbar genom dokumentation respektive signeringslistor. Extern granskning av läkemedelshantering ska göras årligen och eventuella brister ska åtgärdas inom tre månader. Huvudprincipen vad gäller läkemedelshantering är att den enskilde så långt som möjligt har ansvar för sin egen medicinering.

Styrkor

Apoteksgranskning har genomförts på Åkerspark, Hantverkaren samt HSE.

Olivia Omsorg har digital elektronisk signering för läkemedelshantering vilket medför att utebliven signering meddelas direkt till ssk.

Utvecklingsområden

Samtliga verksamheter behöver utveckla egenkontroller inom läkemedelshantering, t ex spårbarhet, samt följa upp effekten av administrerade vid-behovs-läkemedel.

3. Delegering

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan delegera vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till reellt kompetent personal. I samband med delegering ska kompetens för uppgiften säkras och vid delegering av läkemedelsöverlämnande ska även en skriftlig kunskapstest utföras. Delegeringarna ska regelbundet följas upp, och en sjuksköterska bör inte ansvara för fler än tjugo delegeringar. Delegering får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer.

Delegeringar inom rehabiliteringsområdet är inte reglerade i författningar utan arbetsterapeuter och fysioterapeuter måste själva identifiera vad som är yrkesspecifika uppgifter utifrån formell kompetens. En bedömning måste göras vad som är möjligt/lämpligt att delegera utifrån:

- arbetsuppgiften
- säkerhetsrisker med arbetsuppgiften
- ovanstående punkter kopplat till aktuell brukares status

Styrkor

Delegeringar inom fysioterapeutens och arbetsterapeutens ansvarsområde har inte varit aktuella på Hantverkaren och Åkerspark.

Utvecklingsområden

Samtliga behöver utveckla hur och när egenkontroller på delegering ska följas upp. Rutin för delegering av rehabiliteringsinsatser inom HSE är under arbete.

4. Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Lokala rutiner för avvikelshantering och risk- och händelseanalys utifrån ledningssystem ska finnas i verksamheten. Risk för negativ händelse eller en negativ händelse ska alltid rapporteras och analyseras samt att adekvata utvecklingsåtgärder vidtas för att minska eller eliminera risken för återupprepade händelser av samma typ. Utvecklingsåtgärder ska återkopplas till personalen.

Styrkor

Skriftliga rutiner för avvikelshantering finns. Forum finns där avvikelser analyseras, hanteras och förbättringsåtgärder planeras.

Utvecklingsområden

Fortsatt implementering och förstärkning av gemensamt avvikelshanteringsarbete inom HSE.

En gemensam riktlinje med läkarorganisationen behövs, gällande avvikelshantering.

Samtliga verksamheter behöver skriva avvikelserapporter på alla fallincidenser.

5. Medicinteknisk produkt (MTP)

Medicintekniska produkter ska användas på rätt sätt, på rätt indikation och av kunnig personal. Produkterna ska provas ut av hälso- och sjukvårdspersonal. Verksamheten ska ha strategier för att säkra omsorgspersonalens kompetens att använda och hantera utrustning och hjälpmedel. Bruksanvisningar på svenska ska finnas tillgängliga för användaren och kontroll av funktion ska ske regelbundet. Lokala rutiner ska bland annat innehålla uppgifter om ansvarsfördelning i verksamheten och intervaller för kontroll av utrustning/hjälpmiddel. Ett inventoriesystem ska finnas för att säkra spårbarhet.

Medicintekniska produkter delas in i tre grupper: Medicinteknisk utrustning, arbetsteknisk utrustning och individuellt utprovade hjälpmedel.

Styrkor

Förekomsten av MTP är låg på Hantverkaren och Åkerspark, men det finns en förteckning som kan användas.

Samtliga har lokala rutiner för medicintekniska produkter samt vid införande av begränsningsåtgärder t.ex. brickbord till rullstol, sänggrindar, olika sorters individuella larm eller andra tekniska lösningar som läs, tillsynskamera mm.

Vid händelse av akut behov av hjälpmedel, t ex trycksårsmadrass, finns det tillgängligt via internt förråd inom Olivia Omsorg, vilket är unikt för deras organisation.

Utvecklingsområden

Fortsatt god hantering enligt lokala rutiner.

6. Hygien

All personal ska arbeta utifrån basala hygienrutiner. För god följsamhet ska skyddsutrustning finnas tillgänglig. Lokala rutiner för att säkra en god vårdhygienisk standard ska finnas. Egenkontroll av personalens följsamhet till basala hygienrutiner ska regelbundet genomföras i verksamheten.

Styrkor

Det finns rutiner för basala hygienrutiner och egenkontroller.

Utvecklingsområden

Se över förbättringsarbetet efter egenkontrollerna för att öka kunskapen och vikten att följa basala hygienrutiner. Verksamheterna måste säkerställa att rutinerna efterlevs av samtlig personal dygnet runt samt att arbetskläder används i arbetet utifrån gällande lagstiftning, se SOSFS 2015:10 samt AFS 2018:4, 13-16 §§.

Säkerställa att lagstiftning kring djur i vården följs.

Samtliga verksamheter behöver upprätta rutin för att förebygga Legionella.

7. Rehabilitering

Bedömning av funktionstillstånd avseende bland annat aktivitet och delaktighet inom personlig vård, hemliv (ADL) och förflyttningar ska erbjudas i samband med inflyttning och följas upp minst årligen. Ny bedömning ska erbjudas vid *uppmärksammade behov/förändrat hälsotillstånd*. Insatser från arbetsterapeut eller fysioterapeut ska erbjudas efter bedömt behov. Omsorgspersonal ska ges stöd och handledning i ett hälsofrämjande arbetssätt både på verksamhetsnivå och utifrån individuellt bedömda behov hos brukare.

Styrkor

Gemensamt för alla är att det är lätt för personal att få kontakt med rehab personal. Åkerspark konsulterar rehab personal vid behov.

Olivia Omsorg har ett mobilt Hälso-och sjukvårdsteam med bl a arbetsterapeut och fysioterapeut. Arbetsterapeut har varit på plats på Hantverkaren en till två dagar i veckan. Fysioterapeut tas in vid behov. Det finns jourorganisation på kväll och helg. Rutin finns för ADL-bedömning vid inflyttning. Teammöten en gång per månad med verksamheten genomförs, där alla brukare diskuteras. Det finns ett stort fokus på friskvård, både vad gäller friskvård och kost.

HSEs arbetsterapeuter och fysioterapeut deltar i inskrivningsprocess vid nyinflyttning genom ADL-bedömning och bedömning av förflyttnings-och gångförmåga. En gång/vecka samlas HSE för avstämning av individuella ärenden vilket stärker det tvärprofessionella teamarbetet runt brukarna.

Utvecklingsområden

KSPUs verksamheter behöver upprätta och säkerställa rutiner så att HSE får kännedom när nya brukare flyttar in på ett boende eller börjar på daglig verksamhet. Enhetligt dokumenterade hälsoplaner behöver säkerställas. Skriftliga rutiner för delegering inom rehabilitering behöver skapas.

8. Demens

Lokala rutiner för vård av personer med demens enligt Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ska finnas i verksamheten. Verksamheten ska ha lokal rutin för hur man arbetar vid användning av eventuella skyddsåtgärder.

Styrkor

På Hantverkaren och Åkerspark är alla brukare i yngre ålder.

Utvecklingsområden

Samtliga verksamheter behöver utbildning inom området. En förutsättning för att kunna bedöma demensförändringar inom LSS är att det görs noggranna bedömningar när personen är ung som kan jämföras med samma bedömning i ett senare skede. Personalen behöver ha bra kännedom och tillräcklig kompetens om demens området och dokumentera beteende förändringar.

9. Dokumentation

All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har skyldighet att dokumentera i brukarens journal (HSL-journal) så att den vård och behandling som bedöms och ges kan följas. Syftet är att säkerställa en god och säker vård. Verksamhetschef har ansvar och ska se till att det finns förutsättningar att genomföra den lagstadgade journalföringsplikten, till exempelvis tid, kompetens och utrustning. Verksamhetschefen ansvarar även för att riktlinjer är kända och följs av legitimerad personal.

Styrkor

Gemensamt journalsystem för omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal.

Utvecklingsområden

Dokumentation, rutiner för egenkontroll och kollegiala granskningar behöver tas fram och implementeras med regelbundenhet. Rutin för logg-kontroller ska tas fram.

Säkerställa att all personal tar del av hälso- och sjukvårdens dokumentation.

10. Fallprevention

Verksamheten ska ha lokala rutiner för ett fallpreventivt arbete. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till förebyggande arbete. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Åtgärder ska planeras i samråd med brukare. Ett tvärprofessionellt team är en förutsättning för att lyckas med fallprevention. Personalens kompetens inom området bör regelbundet säkerställas t.ex. genom utbildning och handledning. Vid fallolyckor ska hälso- och sjukvårdspersonal alltid kontaktas för bedömning av eventuell skada. Alla fall ska avvikelshanteras och analyseras för att minska risken för ytterligare fall.

Styrkor

Få brukare med fallrisk.

Utvecklingsområden

Definition av fall behöver tas fram.

Verksamheterna behöver säkerställa att all personal har kunskaper om och får fortlöpande kompetensutveckling inom fallprevention.

Fallavvikelse skrivs, men inte på alla incidenter, vilket medför svårigheter att se ett fallmönster hos en enskild individ. Arbetsterapeuterna och fysioterapeuten kontaktas/informerar inte alltid i samband med fall.

Personalen behöver rapportera avvikelser på alla incidenter.

11. Trycksår

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förebygga att trycksår uppkommer. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med brukare. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga trycksår.

Styrkor

Hantverkaren och Åkerspark har rutiner om behovet uppstår.

HSE har ett tvärprofessionellt förhållningssätt gällande det förebyggande och behandlande arbetssättet runt trycksår. Riskbedömningar erbjuds och genomförs, och dokumenteras av respektive yrkeskategori.

Avvikelse rapportering utförs om det är aktuellt.

Utvecklingsområden

HSE erbjuder riskbedömning gällande trycksår men inte under strukturerade former. En skriftlig rutin är nyligen framtagen och ska implementeras i verksamheten. Personalens förståelse och kunskap hur dynor ska användas i rullstol behöver förbättras.

12. Nutrition

Verksamheten ska ha lokala rutiner för att förhindra viktnedgång och undernäring men även viktuppgång. Riskbedömning ska erbjudas alla vid inflyttning och ge underlag till åtgärder. Förebyggande eller behandlande åtgärder ska planeras i samråd med brukare. Riskbedömning ska följas upp vid behov eller minst årligen. Det tvärprofessionella teamet, ska vara involverade i arbetet med att förebygga undernäring eller viktuppgång.

Styrkor

Hantverkaren har stort fokus på friskvård, både vad gäller friskvård och kost.

Utvecklingsområden

Fokus på friskvård, både vad gäller friskvård och kost ska alltid vara aktuellt inom samtliga verksamheter.

Lokal skriftlig rutin för att utreda, förebygga och behandla undernäring är under framtagande inom KSPUs verksamheter. Rutinen ska implementeras i verksamhetens arbete.

Säkerställa att nattfastan inte överstiger mer än 11 timmar.

13. Mun- och tandhälsovård

Problem i munnen kan ha betydelse för välbefinnandet och hälsan. En bedömning av munstatus ska erbjudas och genomföras av sjuksköterska och ge underlag för åtgärder. Brukare ska även årligen erbjudas munhälsobedömning via tandhygienist från uppsökande verksamhet, genom avtal med Region Stockholm.

Styrkor

Samverkan med uppsökande verksamhet för tandvård fungerar bra inom samtliga verksamheter.

Utvecklingsområden

Dokumentation, rutiner för egenkontroll behöver tas fram.

Ssk bör göra munstatus vid inflyttning.

Verksamheten bör använda statistiken i Symfoni (tandvårdssystem för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård) för förbättringsarbete.

Intygsutfärdare ska genomföra obligatoriskt kunskapstest i Symfoni innan 1:a mars 2020.

Många brukare har annan tandvård än uppsökande verksamhet och går till tandläkare och tandhygienist själv, med närstående eller personal. Verksamheterna behöver upprätta rutin för att säkerställa informationsöverföring mellan tandvård och ssk.

14. Kontinens

Verksamheten ska ha lokala rutiner för inkontinensvård. Sjuksköterskor med utbildning att förskriva inkontinenshjälpmedel ska finnas. Utredning vid problem med inkontinens, förskrivning av rätt hjälpmedel och samarbete i det tvärprofessionella teamet är faktorer som ger förutsättningar att ge den bästa vården och omsorgen vid inkontinens.

Styrkor

Hantverkaren och Åkerspark har inga brukare med inkontinens. Samtliga verksamheter har legitimerad personal med förskrivningsrätt avseende inkontinens.

Utvecklingsområden

Säkerställa omhändertagande vid blåsdysfunktion.

15. Vård i livets slutskede

Verksamheten ska ha lokala rutiner för hur vård i livets slutskede ska bedrivas enligt nationellt kunskapsstöd. Kunskapsstödet innehåller vägledning, rekommendationer och indikatorer i ett gemensamt dokument och ska stödja vårdgivarna att utveckla den palliativa vården, underlätta uppföljningar och kvalitetssäkringar samt tillgodose en likvärdig vård för brukarna.

Det ska finnas möjlighet för närstående att delta i vården, och vid vårdplanering. Etnisk och religiös tillhörighet ska alltid beaktas vid vård i livets slutskede och i samband med omhändertagande av avliden. Som ett led i att följa upp och utveckla vården ska verksamheten registrera i Svenska palliativregistret.

Styrkor

På Hantverkaren och Åkerspark finns ingen förekomst av palliativ vård. Inom HSE utförs personcentrerad vård i livets slutskede. Legitimerad personal arbetar tvärprofessionellt runt brukaren och involverar relevanta aktörer.

Utvecklingsområden

Hantverkaren behöver upprätta rutin för vård i livets slutskede.

HSE har rutin som behöver implementeras i verksamheten för att bl. a. tydliggöra ansvarsområden. Det finns ett behov av kompetensutveckling i palliativ vård för omsorgspersonal.

Sammanfattning av kvalitetsuppföljning hälso- och sjukvård

Verksamheterna har i sin analys av egenkontrollen belyst områden de aktivt arbetar med samt utvecklingsområden. MAS/MAR har identifierat ytterligare brister utifrån den granskning som gjorts av verksamheterna. Samtliga verksamheter har fått skriftlig rapport med återkoppling. MAS/MAR har begärt att verksamheterna i 2019 års patientsäkerhetsberättelse (PSB) ska upprätta konkreta och mätbara mål som de ska arbeta med under 2020. PSB ska vara inkommen till Vård- och omsorgsnämnden senast 1:a mars 2020.

Inga akuta åtgärder (inom tre månader) har identifierats. Ingen specifik handlingsplan behöver upprättas.

Samtliga verksamheter behöver upprätta rutiner och säkerställa samverkan med externa vårdgivare kring brukare där det finns delat vårdgivaransvar för boendet och daglig verksamhet.

Samverkan mellan verksamheterna och primärvården i Österåkers kommun behöver stärkas för att säkerställa god och säker vård inom LSS och socialpsykiatri.

Den interna kommunikationen och informationsöverföringen mellan HSE och KSPUs enheter behöver förbättras för att god och säker hälso- och sjukvård ska kunna bedrivas.

Personalhundar ska inte förekomma i verksamheterna. Djur ska endast tillåtas om det följer gällande lagstiftning. Se dokument Djur i vården <https://sfvh.se>

Kort beskrivning om verksamheterna

LOU

Hantverkarens gruppbostad drivs på entreprenad av Olivia omsorg AB. Har boendeplatser för sex vuxna personer inom personkrets 1.

Åkerspark Stöd och service drivs på entreprenad av Nytida. Har nio lägenheter.

Skogstäppan Socialpsykiatri drevs på entreprenad av Nytida tom 2019-09-30. Attendo tog över driften from 1 oktober. Socialpsykiatri boende med sju platser inom särskild service som drivs av stöd från Socialtjänstlagen.

KSPU

HSE-LSS Kommunens hälso-och sjukvårdsenhet som består av sjuksköterskor, fysioterapeut, arbetsterapeuter. Har uppdrag gentemot nedanstående verksamheter.

Skånsta gruppbostad Sex platser för vuxna personer med omfattande omvårdnadsbehov.

Ljusterö gruppbostad 11 platser.

Oppsätra gruppbostad Nio platser för vuxna med utvecklingsstörning och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Smedby gruppbostad sex platser anpassat för personer med utvecklingsstörning och tilläggshandikapp med ett stort omvårdnadsbehov.

Skonarens gruppbostad Sex platser för vuxna med utvecklingsstörning.

Bergsätra gruppbostad Tio platser för vuxna med utvecklingsstörning och tilläggshandikapp.

Planett gruppbostad, sex platser

Plantvå gruppbostad, fyra platser

Malvavägen servicebostad Nio platser för vuxna med psykisk funktionsnedsättning enligt LSS.

Norrgårdsvägen servicebostad 20 platser

Runö gård servicebostad 13 platser främst för personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Egen lägenhet med tillgång till en gemensamhetslokal med personal dygnet runt.

Sågen DV

Knopen DV

Nätet DV Verksamheten är förlagd både inne på Nätet och ute i samhället.

Oppsätra DV personer med autism och andra neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Emiliagården DV lugn arbetsmiljö med mycket utevistelse.

ILSA stöd för att ta del av arbetslivet

Funkisgruppen arbetslivsinriktad verksamhet

Kanalhuset Sysselsättning för personer mellan 18-65 år som omfattas av lagen om stöd och service (LSS) eller socialtjänstlagen (SoL)

Suzanne Larsdotter Lindgren
Kvalificerad utredare LSS/SoL

Mia Morén
Medicinskt Ansvarig
Sjuksköterska

Annika Manriquez
Medicinskt Ansvarig
för Rehabilitering

Lista på verksamheter inom uppföljningen

Bilaga I

Följande verksamheter har vård- och omsorgsnämnden avtal/beställningar med.

SoL-verksamheter

Kommunstyrelsens produktionsutskott KSPU

Ruffen och Bryggan, öppna träffpunktsverksamheter

Kontaktperson

Boendestöd i Österåker

Kanalhuset sysselsättning

Ilsa sysselsättning

Privata utförare

Skogstäppan bostad med särskild service (Attendo)

Boendestöd (Funkisgruppen)

Sysselsättning (Funkisgruppen)

LSS-verksamheter

Kommunstyrelsens produktionsutskott KSPU

Ilsa daglig verksamhet

Nätet daglig verksamhet

Emiliagården daglig verksamhet

Oppsättra daglig verksamhet

Sågen daglig verksamhet

Knopen daglig verksamhet

Barn och ungdomsverksamheter inom KSPU

Halo korttidstillsyn

Halo korttidsvistelse

Halogården korttidstillsyn

Solskiftet korttidstillsyn

Solskiftet korttidsvistelse

Kontaktperson

Avlösarservice

Ledsagarservice

Personlig assistans

Boende med särskild service

Kommunstyrelsens produktionsutskott KSPU

Ljusterö gruppbostad 10 platser
Bergsätra gruppbostad 10 platser
Norrgårdsvägen 35 plan två 4 platser
Planett gruppbostad 6 platser
Oppsätra gård gruppbostad 8 platser
Skånsta gruppbostad 6 platser
Smedby gruppbostad 6 platser
Skonaren gruppbostad 6 platser
Runö gård servicebostad 13 platser
Malvavägen servicebostad 10 platser

Privata utförare

Hantverkaren gruppbostad (Olivia) 6 platser
Åkerspark servicebostad (Nytida) 8 platser

Bilaga 2, brukarundersökningar inom funktionshinderområdet 2019

Frågorna i brukarundersökningen inom funktionshinderområdet besvaras i regel med tre olika svarsalternativ. I diagrammet motsvarar den gröna delen av stapeln den andel av brukarna som kan antas vara nöjda med en fråga, den gula delen motsvarar brukarna som är något mindre nöjda och den röda delen kan antas vara de som inte är nöjda.

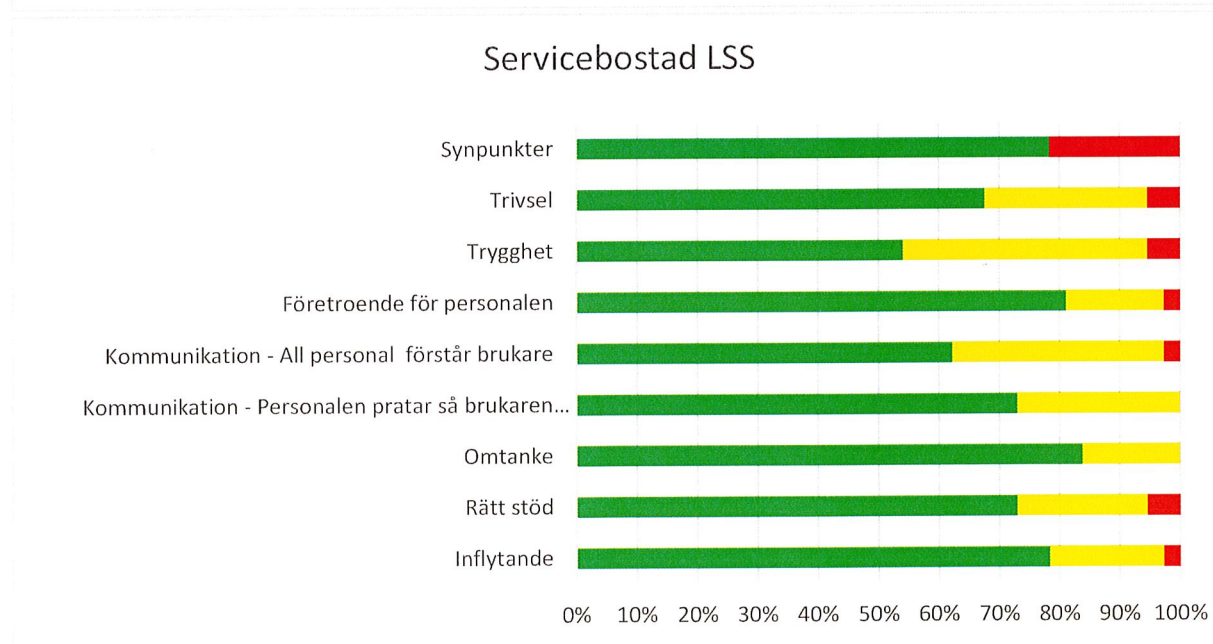
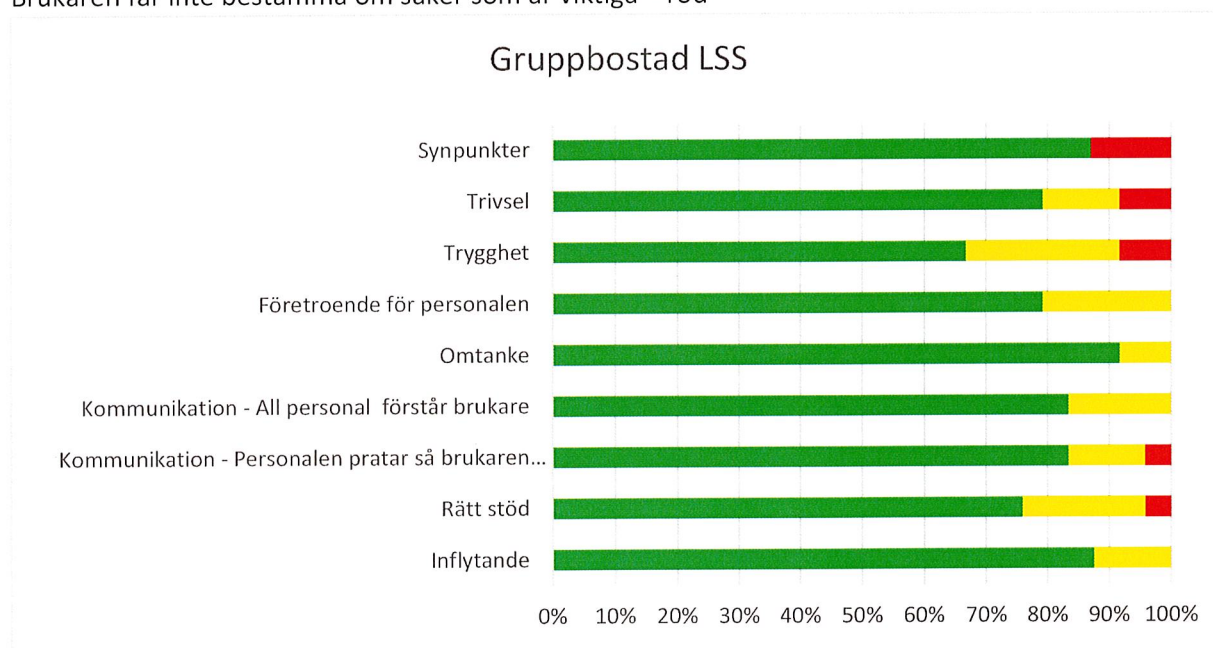
Här följer ett exempel:

Inflytande

Brukaren får bestämma om saker som är viktiga - grön

Brukaren får ibland bestämma saker som är viktiga – gul

Brukaren får inte bestämma om saker som är viktiga – röd



Om du vill skriva något...

