

KALLELSE

Social- och äldrenämnden kallas till sammanträde

Dag	Tisdagen den 21 oktober 2014
Tid	Kl. 18.00
Plats	Björknäs, plan -1 östra flygeln, Stadshuset
Ordförande	Eva Öhbom Ekdahl
Nämndsekreterare	Miria Montagner
Politisk beredning	Måndagen den 13 oktober 2014, kl 16.30 i sammanträdesrum Krokhöjden plan -1 östra flygeln, Stadshuset
Gruppmöte	Tisdagen den 21 oktober 2014, kl 17.00 i sammanträdesrummet (B-gruppen) och Tollare (S-gruppen)

OBS!

Från och med detta sammanträde behöver alla tänka på att avhålla sig från starka dofter. Tänk på att tvättmedel, balsam och handkräm ofta innehåller starka dofter.

Meddela eventuellt förhinder att delta på sammanträdet snarast möjligt till nämndsekreteraren på miria.montagner@nacka.se eller jane.harvey@nacka.se

Föredragningslista

Nr	Ärende	Information	Noteringar
1.	Upprop		
2.	Justering xx den xx oktober		
3.	Fastställande av dagordning		
Muntliga föredragningar			
4.	Information kring adoptioner; medgivanden, surrogat	Kerstin Sahlgren, 20 min	
5.	Kommunens arbete med folköl- och tobakstillsyn	Geraldine Hamad, 15 min	
6.	Information om avtal med Värmdö om socialjour	Stefan Heinebäck, 10 min	

Beslutsärenden			
7.	Nackas flyktingmottagande Beredande av motion från (V)		Sid 5-9
8.	KSL rekommendation att teckna avtal med SLL om ett Palliativt kunskapscentrum		Sid 11-52
9.	KSL rekommendation att kommunen övertar utförandet av hälso- och sjukvården i bostad med särskild service och daglig verksamhet		Sid 54-83
10.	KSL rekommendation om samverkansavtal med lärosäten om verksamhetsförlagd utbildning (VFU)		Sid 85-98
11.	Val av ersättare till social- och äldre nämndens socialutskott 2014		Sid 100
12.	Extra sammanträde 2015		Sid 102
Rapporter- och informationsärenden			
13.	Tillsyn av nämndens ansvar för äldres bedömda behov på särskilt boende		Sid 103-111
14.	Ekonomisk månadsrapport, september 2014		Sid 112-134
15.	Rapport från socialdirektören		Sid 135-136
16.	Information från verksamheterna		
17.	Fokusgrupper		
18.	Ensamkommande barn		
19.	Rådet för frågor kring funktionsnedsättning		
20.	Pensionärsrådet		
21.	Kurser och seminarier		
22.	Anmälningar		Sid 137-142
23.	Övriga frågor		
Sekretessärenden – endast beslutande ledamöter deltar			
24.	Nedläggning av faderskapsutredning (FB)	Sekretessbelagda handlingar hämtas i stadshuset	
25.	Anmälan om särskilt förordnad vårdnadshavare (FB)	Sekretessbelagda handlingar dukas vid mötet	



26.	Anmälan om särskilt förordnad vårdnadshavare (FB)	Sekretessbelagda handlingar dukas vid mötet	
27.	Ansökan om stadigvarande serveringstillstånd, Sally Voltaire o Systrar i Sickla	Sekretessbelagda handlingar hämtas i stadshuset	
28.	Ansökan om stadigvarande serveringstillstånd, East side Sport Bar i Fisksätra	Sekretessbelagda handlingar hämtas i stadshuset	



Yrkande i ärende nr

Sammanträde den

Ingivet av

YRKANDE

□



Yrkande i ärende nr

Sammanträde den

Ingivet av

YRKANDE

Social- och äldre nämnden

Nackas flyktingmottagande

Motion den 17 mars 2014 av Camilla Carlberg, Lars Örback (V)

Förslag till beslut

Social- och äldre nämnden föreslår kommunfullmäktige att notera att Nacka kommun arbetar aktivt för att möta det ökade behovet av att ta emot fler flyktingar. Motionen anses därmed färdigbehandlad.

Sammanfattning

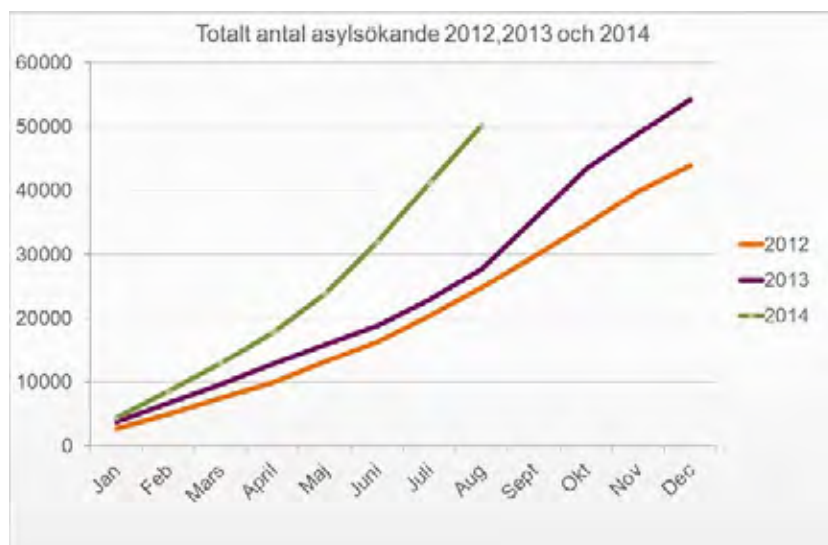
Vänsterpartiet yrkar i motion att Nacka kommun ökar flyktingmottagandet så att det minst står i proportion till kommunens befolkningsandel i Sverige. Det finns en uttalad vilja hos den politiska ledningen att öka engagemanget inom flyktingmottagandet. De senaste åren har även en viss ökning skett. Kommunens hinder i flyktingmottagandet är bristen på bostäder. Social- och äldre nämnden arbetar aktivt med frågan.

Förslagen i motionen

Vänsterpartiet yrkar på att Nacka kommun ska öka sitt flyktingmottagande så att det minst står i proportion till kommunens andel invånare av Sveriges befolkning.

Utredning och bedömning

Antalet asylsökande i Sverige har ökat kraftigt under det senaste året och Migrationsverket har höjt asylprognosen till 80 000 i år. Under 2013 var antalet asylsökande det högsta på 20 år. Trenden har fortsatt uppåt och under första halvåret 2014 var antalet 70 procent fler än under samma period 2013. De flesta kommer från konflikten i Syrien men även en kraftig ökning från Eritrea har skett. Migrationsverket tror att den eskalerande konflikten i Irak kan bidra till att än fler kommer att söka sig till Sverige. I genomsnitt får 70 procent av asylsökande uppehållstillstånd beviljat.



Migrationsverket

Efter beviljat uppehållstillstånd blir många flyktingar kvar i asylboenden på grund av att Migrationsverket inte har någon kommun att anvisa dem till. I augusti i år fanns det 11 000 flyktingar i den situationen. Detta innebär dels att det tar längre tid för människor att etablera sig i samhället, dels att Migrationsverket inte kan frigöra plats åt nya asylsökande (9 000 platser behövs enl. Migrationsverket, aug. 2014).

Migrationsverkets statistik visar att 24 498 asylsökande personer beviljades uppehållstillstånd under 2013. Motsvarande siffra för januari-juli 2014 var 18 180 personer. Nacka kommun tog under dessa perioder emot 76 respektive 53 flyktingar med uppehållstillstånd. Detta innebär ett mottagande på 0,3 procent av det totala antalet flyktingar. Om mottagandet skulle ha stått i proportion till kommunens invånarandel av Sveriges befolkning, 1 procent, skulle kommunen ha tagit emot tre gånger fler flyktingar. Nacka har dock ökat sitt flyktingmottagande de senaste åren. Under 2011 och 2012 togs 44 respektive 45 flyktingar emot på anvisning av Migrationsverket.

Förutom de flyktingar som tas emot i kommunen enligt överenskommelse med Migrationsverket tillkommer de s.k. självbosatta. Detta är flyktingar med uppehållstillstånd som anvisats till en kommun och sedan väljer att flytta till en annan. De utgör en stor del av de flyktingar som flyttar till Stockholms län. Som exempel tog länet under 2013 emot drygt 5 000 anvisade flyktingar. Samtidigt uppgick andelen självbosatta till över 9 200. Till Nacka har under de senaste åren ett drygt trettiotal självbosatta flyktingar flyttat per år enligt kommunens statistik.

Nacka kommun har kontinuerligt accepterat länsstyrelsens förslag till överenskommelser om flyktingmottagningen. För 2014 har avtal träffats om att ta emot 10-40 flyktingar, samt att tillhandahålla 15 platser för asylsökande barn. Förra årets avtal omfattade ett mottagande

av 7-32 flyktingar samt 9 platser för asylsökande barn. I praktiken har Nacka tagit emot fler flyktingar än vad överenskommelserna angivit.

Det största hindret för kommunen att kunna ta emot ett ökat antal flyktingar är bristen på bostäder. Det är svårt för kommunen att erbjuda flyktingar boende inom den ordinarie bostadsmarknaden. Bristen på lägenheter, i Nacka och regionen, har medfört att de privata fastighetsägarna generellt ställer höga krav – bl.a. ska hyresgästen ha en årslön på 3-4 gånger hyreskostnaden och fast anställning. Sådana krav diskvalificerar nyanlända flyktingar.

Socialtjänsten arbetar kontinuerligt för att få tillgång till bostäder för de olika grupper som faller inom nämndens ansvarsområde. Flyktingar erbjuds bostadssociala kontrakt när det är möjligt, med kommunen som hyresvärd. Det kan handla om kommunalt ägda lokaler som omvandlas till bostäder. Andra möjligheter för kommunen är att blockhyra lägenheter, samt att ställa krav i exploateringsavtal vid nybyggnation på kommunal mark. Detta är ett arbete som på sikt kan ge fler lägenheter.

För närvarande pågår följande planering av bostäder för i första hand flyktingar:

- 200 kvm i Jarlaberg, byggs om till två stora lägenheter, inflyttning under hösten.
- 5 lägenheter 2-3 rum och kök i Saltsjö Boo, inflyttning oktober.
- Villa i Saltsjö Boo, beslut om renovering i KSSU, 2 lägenheter, inflyttning december.
- Alphyddan, förhandling pågår med bostadsrättsförening, 5 rum och kök.

Nyss påbörjade projekt som eventuellt kan resultera i bostäder för flyktingar:

- Ombyggnad av stora lokaler på Gamla Landsvägen, kommunen förvärvade fastigheten i juni.
- Ektorps centrum, 2 000 kvm, förhandling pågår med fastighetsägare.

Nackas politiska ledning har en uttalad politisk vilja att ta ett större ansvar för flyktingmottagningen. I Nacka kommuns ”Mål och budget 2013-2015” anges att ”flyktingströmmen till Sverige beräknas fortsatt vara hög och Nacka ska bidra till att de som söker sig till och får stanna i Sverige får ett gott mottagande. Vi är därför beredda att öka engagemanget.”. Mot bakgrund av denna ambition och den kraftiga ökningen av antalet flyktingar som kommer, och förväntas komma, till Sverige måste Nacka kommun ta ett större ansvar för flyktingmottagandet. Detta kräver ett mer strategiskt arbete kring bostadsfrågan. På grund av bostadsbristen görs bedömningen att det i dagsläget inte är realistiskt att ha en flyktingmottagning som motsvarar kommuninvånarandelen.

Konsekvenser för barn

Ett ökat flyktingmottagande innebär för barnens bästa att kommunen måste se till att alla delar tar sitt ansvar för att exempelvis skolgång, boende, hälsovård fungerar på bästa sätt för att integrationen skall bli så bra som möjligt.

Bilaga

1. Motion om Nacka kommuns flyktingmottagande, 2014-03-17
2. Kommunstyrelsens arbetsutskotts protokollsutdrag § 62, 2014-05-06

Anders Fredriksson
Socialdirektör

Lisette Wahlroth
Planerare/utvecklare
Sociala kvalitetsenheten



Motion till Nacka kommunfullmäktige

Motion om Nacka kommuns flyktingmottagande

Situationen i Syrien medför att en stor mängd flyktingar finner sin väg till Sverige. Det gör det extra aktuellt att det svenska samhället gemensamt ställer upp och ger dessa och andra flyktingar en trygg tillflyktsort i Sverige. Det är stor skillnad mellan vilket ansvar olika kommuner tar för den gemensamma uppgiften. Migrationsverket försöker på olika sätt övertyga kommunerna om att ta sin del i ansvaret. Nacka kommun har på sistone förekommit i pressen på ett inte allt för smickrande sätt när det visat sig att kommunen tar emot ett väldigt litet antal flyktingar.

Visst kan flyktingmottagande innebära påfrestningar på en kommun men för Nackas del gäller det främst bristen på bostäder. Och det är ett problem som inte enbart flyktingar ställs inför i Nacka. Men där kan kommunen göra insatser för att få fram bostäder med ganska kort varsel när det finns särskilda behov. På det stora hela är dock flyktingmottagandet något positivt, för flyktingarna och för den mottagande kommunen. Samhället berikas när dessa människor kommer.

Nacka har ca 1% av Sveriges befolkning men tar emot långt under 1% av antalet flyktingar som kommer till Sverige och får uppehållstillstånd.

Mot den här bakgrunden yrkar Vänsterpartiet

att Nacka ökar sitt flyktingmottagande så att det minst står i proportion till kommunens invånarantal

Nacka 2014-03-17

Camilla Carlberg

Lars Örback



Yrkande i ärende nr

Sammanträde den

Ingivet av

YRKANDE

□



Yrkande i ärende nr

Sammanträde den

Ingivet av

YRKANDE



2014-10-06

TJÄNSTESKRIVELSE
SÄN 2014/383-730

Social- och äldre nämnden

Avtal om regionalt kunskapscentrum för utveckling av palliativ vård och omsorg

Förslag till beslut

Social- och äldre nämnden föreslår kommunstyrelsen att teckna avtal med Stockholms läns landsting om att etablera och gemensamt finansiera ett regionalt kunskapscentrum för utveckling av den palliativa vården och omsorgen i länet under förutsättning att Kommunförbundet Stockholms Läns föreslagna kostnadsfördelning inte förändras.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Kommunförbundet Stockholms Län har med hjälp av en projektgrupp tagit fram ett förslag till ett palliativt kunskapscentrum i Stockholms län. Det finns behov av ökad kunskap inom den palliativa vården på alla nivåer inom vård och omsorg. Allt från omvårdnadspersonal till läkare. Det gäller såväl inom landstingsdriven vård som inom kommunalt och privat driven vård och omsorg.

Det palliativa kunskapscentret ska enligt förslaget bli en resurs för verksamheter som drivs av landsting, kommun och privata aktörer.

Uppdragen för ett palliativt kunskapscentrum är att;

- Sammanställa kunskap från aktuell forskning och utvecklingsarbete.
- Informera, utbilda och utveckla palliativa frågor samt ge stöd och rådgivning.

Det palliativa kunskapscentret ska enligt förslaget inte bedriva egen forskning.

Ärendet

Behovet av palliativ vård ökar i takt med att fler personer insjuknar i olika sjukdomar. Allt fler med kronisk och obotbar sjukdom lever längre med hjälp av insatser och behandlingar som syftar till att vara livsförlängande. Dessa personer finns på särskilt boende, i det egna hemmet, inom akutsjukvården och på geriatriken.

Efter initiativ från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen beslutade Presidiegruppen Kommunförbundet Stockholms Län/Hälso- och sjukvårdsförvaltningen april 2013 att föreslå kommunerna att i samarbete med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Regionalt cancercentrum ta fram ett förslag till ett regionalt palliativt kunskapscentrum.

I projektarbetet har ett stort antal aktörer medverkat;

- Patient- och pensionärsorganisationer
- Forskningsverksamheter
- Vårdverksamheter
- Representanter från kommuner
- Representanter från landstinget
- Representanter från specialistorgan

Nacka kommun har i projektet representerats av medicinskt ansvarig sjuksköterska på sociala kvalitetsenheten.

Projektet föreslår att ett palliativt kunskapscentrum blir en permanent verksamhet som utvärderas vart tredje år.

Ett palliativt kunskapscentrum i Stockholms län ska utgå från en gemensam värdegrund och ett gemensamt förhållningssätt. Målet är att all personal som vårdar palliativa patienter ska ha kunskap om och förståelse för ett palliativt förhållningssätt.

Med palliativt förhållningssätt avses en helhetssyn som tar hänsyn till psykiska, fysiska, sociala och existentiella behov.

Det palliativa kunskapscentret ska utgöra en kunskapsbank för palliativa frågor.

Uppdragen kan delas upp i följande:

- Sammanställa kunskap, aktuell forskning och utvecklingsarbete så att forskningsresultat omsätts i praktiken.
- Informera, utbilda, utveckla och driva palliativa frågor. Ge stöd och rådgivning så att kunskap om palliativ vård ökar hos alla personalgrupper som vårdar palliativa patienter.

Det palliativa kunskapscentret ska inte bedriva egen forskning.

Vad är nyttan med ett regionalt palliativt centrum?

Ett regionalt kunskapscenter kan bidra till ökad kunskap om vården och omsorgen vid livets slut. Detta i sin tur leder till ökad trygghet för såväl patient och anhörig som för personal. Ökad kunskap bidrar till att ha kvar individen i rätt vårdnivå och boendeform inför livets slutskede. Sjukhusvård kan undvikas och återinläggningar minska.



Organisation

Projektet föreslår följande organisation:

- En styrgrupp som består av tjänstemän från kommun och landsting
- En stab som består av 1,0 chef, 1,0 vetenskaplig ledare, 3,0 utbildningsansvariga, 1,0 kommunikatör och 1,0 administratör
- Referensgrupper

Projektet föreslår att Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) får ansvar för driften.

Den beräknade kostnaden är totalt 8 219 tkr/år där Stockholms läns landsting föreslås stå för 50 % och kommunerna i länet för 50 %.

Ekonomiska konsekvenser

Enligt den föreslagna kostnadsfördelningen ska varje kommun bidra med 1,90 kr per innevånare. Detta innebär att Nacka kommuns bidrag till det palliativa kunskapscentret blir 179 600 kr/år under förutsättning att samtliga kommuner tecknar avtal.

Konsekvenser för barn

Ett palliativt kunskapscenter kan bidra till att barn i ett palliativt skede får ett säkert och tryggt omhändertagande med vård av hög kvalitet. Barn till förälder i ett palliativt skede har ett stort behov av ett tryggt och professionellt bemötande och relevant information. Ökad kunskap hos de som vårdar föräldern kan bidra till att uppnå detta.

Bilaga

1. Rekommendation Palliativt kunskapscenter, 2014-06-12

Andes Fredriksson
Socialdirektör

Anna-Lena Möllstam
Gruppchef
Sociala kvalitetsenheten

Gunilla Hjelm-Wahlberg

För kännedom:
Socialnämnd eller motsvarande
Förvaltningschef inom socialtjänsten eller motsvarande

Kommunstyrelserna i Stockholms län

Palliativt kunskapscentrum

KSLs rekommendation

KSLs styrelse beslutade vid sitt sammanträde den 12 juni 2014 att rekommendera länets kommuner att teckna avtal med Stockholms läns landsting om att etablera och gemensamt finansiera ett regionalt kunskapscentrum för utveckling av den palliativa vården och omsorgen i länet.

Ärendebeskrivning

Behovet av palliativ vård ökar i takt med att fler personer insjuknar i olika sjukdomar. Allt flera med kronisk och obotbar sjukdom lever längre med hjälp av insatser och behandlingar som syftar till att vara livsförlängande. År 2012 avled ca 16 000 personer i Stockholms län, 26% av dessa avled i Särskilt boende (SÄBO), 43% på sjukhus, 9% i hemmet (hemsjukvård eller avancerad sjukvård i hemmet) medan 22% inte var inskriven i någon vårdform.

Efter initiativ av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen beslutade Presidiegruppen KSL/HSN i april 2013 att föreslå kommunerna att i samarbete med hälso-och sjukvårdsförvaltningen och Regionalt cancercentrum ta fram ett förslag om ett regionalt Palliativt kunskapscentrum.

Syfte och målsättning med uppdraget var att presentera ett centrum som skulle ge ökad kunskap om palliativ vård hos alla som vårdar palliativa patienter oavsett skede, ålder och diagnos. Forskningsresultat ska omsättas till praktik till nytta för personal hos alla berörda huvudmän.

Genomförande

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och KSL-kansliet har med stöd av en projektgrupp tagit fram förslag till ett palliativt kunskapscentrum. I projektarbetet har ett stort antal aktörer medverkat från såväl patientorganisationer som forsknings- och vårdverksamheter och verksamhetsföreträdare från kommuner, landsting och andra specialistorgan.

Förslaget till palliativt kunskapscentrum innebär en resurs för verksamheter som finansieras av kommunerna och landstinget och även privat driven vård.

Uppdragen för centrumet är att:

- Sammanställa kunskap från aktuell forskning och utvecklingsarbete samt
- Informera, utbilda, utveckla och driva palliativa frågor, stöd och rådgivning.

Palliativt centrum ska inte bedriva egen forskning.

Kostnaden för att driva ett regionalt palliativt kunskapscentrum beräknas till 8,2 miljoner kronor per år. Stockholms läns landsting föreslås stå för 50 procent av kostnaden och kommuner i länet för 50 procent. Kommunernas kostnader fördelas efter innevånarantal (2013-11-01).

Dialog och förankring

Förslaget diskuterades på en dialogkonferens för förtroendevalda och tjänstemän från kommunerna och landstinget den 4 april 2014. Hänsyn har tagits till de synpunkter som då lämnades.

Ärendegång

Rekommendationen adresseras till kommunstyrelserna enligt den rutin som gäller vid beslut i KSLs styrelse. KSL överlåter till kommunen att fatta beslut enligt gällande delegationsordning.

Kommunerna ombeds meddela sina ställningstaganden genom att sända in protokollsutdrag eller annan beslutshandling.

Avtal tecknas sedan mellan Stockholms läns landsting och kommunen.

Svarsperiod

KSL önskar få kommunens ställningstagande senast den 1 december 2014 med e-post till registrator@ksl.se.

Alternativt till

Kommunförbundet Stockholms Län
Box 38145
100 64 STOCKHOLM

2014-06-12
Dnr: KSL/12/0168-11

Frågor och information

Frågor med anledning av detta, välkommen att kontakta Gunilla Hjelm-Wahlberg, telefon 08-615 96 40, e-post gunilla.hjelm-wahlberg@ksl.se.

Med vänlig hälsning

KOMMUNFÖRBUNDET STOCKHOLMS LÄN



Elisabeth Gunnars
1:e vice ordförande



Madeleine Sjöstrand
Förbundsdirektör

Bilagor:

- Palliativt kunskapscenter i Stockholms län – ett förslag
- Kostnadsfördelning Palliativt centrum i Stockholms län
- Komplettering förslag Palliativt kunskapscentrum



Palliativt kunskapscentrum i Stockholms län

Ett förslag

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Avdelningen för Närsjukvård
Enheten för Geriatrik
Box 6909, 102 39 Stockholm
Tfn växel: 08-123 132 00
E-post: registrator.hsn@sll.se
Rapport 2014-05-16
Diarienummer: HSN 1211-1350

Innehåll

Sammanfattning	3
Utredningsuppdraget	4
Förslag till palliativt kunskapscentrum	5
Målsättningen för ett palliativt kunskapscentrum	5
Innehållet i ett palliativt kunskapscentrum	6
Nyttan med ett kunskapscentrum	7
Organisation	8
Driftsansvarets lokalisering	8
Beräknad kostnad	9
Fördelningsmodell	9
Projektorganisation	10
Styrgrupp	10
Projektgrupp	10
Arbetsgrupper	11
Referensgrupper	11
Palliativ vård	13
Kort historik	13
Palliativ medicin påbyggnadsspecialitet 2014	13
Palliativ vård i dag	13
Helhetssyn och fyra dimensioner	14
Fyra hörnstenar eller arbetsredskap	14
Statistik	15
Olika behov	17
Avgränsningar	17
Kvantitativt behov	17
Kvalitativt behov	17
Behovet av kunskaper	18
Nationella riktlinjer och vårdprogram	19
Projektets systematiska arbetsgång	20
Beslutsprocess	20
Källförteckning	21
Bilageförteckning	22

Sammanfattning

Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen och Kommunförbundet Stockholms Län har med hjälp av en projektgrupp tagit fram ett förslag till ett palliativt kunskapscentrum i Stockholms län.

Ett stort antal aktörer har medverkat i projektet från såväl patientorganisationer som forsknings- och vårdverksamheter liksom verksamhetsföreträdare från kommun, landsting och andra specialistorgan.

Det finns behov av kunskap om palliativ vård på alla nivåer inom vård och omsorg i länet, från omvårdnadspersonal till läkare. Det gäller inom landstingsdriven vård såväl som inom kommunalt och privat driven vård.

Innehållet i ett palliativt kunskapscentrum

Det palliativa kunskapscentrumet ska enligt förslaget bli en resurs för både verksamheter som drivs av landsting, kommunerna och av privata aktörer.

Uppdragen för ett palliativt kunskapscentrum kan delas upp i följande:

- Sammanställa kunskap, från aktuell forskning och utvecklingsarbete.
- Informera, utbilda utveckla/driva palliativa frågor, stöd och rådgivning.

Det palliativa kunskapscentrumet ska enligt förslaget inte driva egen forskning. Information till invånare ges via 1177 Vårdguiden och via Cancerupplysningen vid Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland.

Med välutbildad personal kan patienten tillsammans med sina anhöriga leva fullt ut fram till döden. Målet bör vara att all personal som har omsorg om eller vårdar palliativa patienter ska ha kunskap om och förståelse för ett palliativt förhållningssätt.

Totalt beräknas förslaget kosta 8,5 miljoner kronor årligen.

Utredningsuppdraget

Hälso-och sjukvårdsförvaltningen (HSF) fick ett utredningsuppdrag vid landstingsfullmäktige 2012-10-15 att tillsammans med Regionalt cancercentrum (RCC), Kommunförbundet Stockholms län (KSL) samt vårdgivare ta fram ett förslag till ett Palliativt kunskapscentrum i Stockholms län.

2013-04-09 beslutade Presidiegruppen KSL/HSN att kommunerna deltar i framtagandet av förslag till palliativt kunskapscentrum för kompetenshöjning och kvalitetsutveckling samt forskning kring palliativ vård och omsorg.

Syftet och målsättningen med ett palliativt kunskapscentrum skulle enligt utredningsuppdraget vara:

- Att öka kunskapen om palliativ vård hos alla som vårdar palliativa patienter oavsett skede, ålder och diagnos.
- Att forskningsresultat omsätts till praktik.

Utredningsuppdraget bestod av att belysa nyttan av ett palliativt kunskapscentrum och hur ett sådant bör organiseras och finansieras.

Framtagande av vårdprogram ingick inte i uppdraget.

För att få en optimal belysning av området samt effektivt resursutnyttjande tillsattes arbetsgrupper bestående av representanter från olika verksamheter. Dessutom gjordes de organisationer/enheter i länet som bedriver forskning inom området delaktiga. En kommunikationsplan för projektet togs fram i ett tidigt stadium.

Förslag till palliativt kunskapscentrum

Nedan beskrivs förslaget som projektet resulterat i. Längre fram i rapporten finns avsnitt som beskriver fakta om palliativ vård som är viktiga för att förstå området.

Under projektet har det blivit tydligt för projektgruppen att behovet av kunskap om palliativ vård är stort. Det gäller inom landstingsdriven vård såväl som inom kommunalt och privat driven vård.

Behovet av att tillämpa den forskning som finns har lyfts fram i samtliga kontakter som projektgruppen haft.

Det saknas en neutral och samlande kraft som kan bistå vårdgivare i att praktiskt tillämpa forskningsresultat.

Här kan ett palliativt kunskapscentrum göra en stor insats. En viktig framgångsfaktor för ett palliativt kunskapscentrum är att bli en resurs för verksamheter som drivs av landsting, kommunerna och av privata aktörer.

En viktig framgångsfaktor för ett palliativt kunskapscentrum är att bli en resurs för både verksamheter som drivs av landsting, kommunerna och av privata aktörer.

I Framtidsplanen andra steget¹ beskrivs hur hälso- och sjukvården samlas runt patienten. Genom ökad samordning mellan specialistkompetenser, hemsjukvård och hemtjänst behöver patienten inte flyttas runt mellan olika vårdgivare, vården kommer dit patienten är.

Patienten och de anhöriga kan med stöd från välutbildad personal bibehålla ett realistiskt hopp och leva fullt ut fram till döden.

En trygg vårdare vågar också ha kvar patienten i den optimala vård- och boendeformen inför döendet. För samhället innebär detta stora vinster då återinläggning och slutenvårdskonsumtionen kan minskas avsevärt.

Projektet föreslår att ett palliativt kunskapscentrum blir en permanent verksamhet som utvärderas vart tredje år.

Målsättningen för ett palliativt kunskapscentrum

Ett palliativt kunskapscentrum i Stockholms län ska utifrån en gemensam värdegrund och ett gemensamt förhållningssätt, ha som mål att all personal som vårdar palliativa patienter ska ha kunskap om och förståelse för ett palliativt förhållningssätt.

... all personal som vårdar palliativa patienter ska ha kunskap om och förståelse för ett palliativt förhållningssätt.

¹ Framtidsplanen andra steget – konkretisering av det fortsatta arbetet, sid 16

Med palliativ förhållningsätt avses:

En helhetssyn där de fyra dimensionerna psykiskt, fysiskt, socialt och existentiellt beaktas och där arbetsredskapen är de fyra palliativa hörnstenarna:

- symtomkontroll i vid bemärkelse,
- kommunikation och relation,
- teamarbete och
- närståendestöd.

Innehållet i ett palliativt kunskapscentrum

Det palliativa kunskapscentrumet ska utgöra en kunskapsbank för palliativa frågor.

Uppdragen kan delas upp i följande:

- Sammanställa kunskap, från aktuell forskning och utvecklingsarbete så att forskningsresultat omsätts till praktik.
- Informera, utbilda utveckla/driva palliativa frågor, stöd och rådgivning, så att kunskapen om palliativ vård ökar hos alla personalgrupper som vårdar palliativa patienter.

Sammanställa kunskap, från aktuell forskning och utvecklingsarbete

Aktuell forskning, forskningsresultat, pågående utvecklingsarbete, utvärderade utvecklingsarbete ska samlas i en databank och vara lättillgänglig exempelvis via webbplatsen.

Det palliativa kunskapscentrumet ska stimulera bildandet av nätverk. Vidare kan det hjälpa till att hitta samtalspartners för specifika palliativa frågor mellan vårdgivare och huvudmän.

Informera, utbilda utveckla/driva palliativa frågor

Information sprids via webbplats, nyhetsbrev, konferenser och smarta IT-lösningar används för bland annat webbutbildningar.

Att utbilda utbildare och kvalitetsansvariga kan vara ett effektivt sätt att nå ut till många.

Handledarutbildning och utbildning av palliativa ombud.

Studiecirklar med ett strukturerat program är en tänkbar form att föra ut palliativt förhållningssätt.

Samverkan

Samverkan är nödvändigt för ett kunskapscentrum, men det är viktigt att ett palliativt kunskapscentrum inte tar över andra kunskapscentrums eller forsknings- och utvecklingsenheters uppdrag utan renodlar sina uppdrag.

I Stockholms län pågår forskning inom palliativ vård på de fem organisationerna:

- Karolinska Institutet,
- Palliativt forskningscentrum vid Ersta Sköndals högskola med Ersta sjukhus,
- Sophiahemmet,
- Stockholms sjukhem.

Det finns behov av att samla och föra ut information om forskningsresultat och resultat från utvecklingsprojekt.

Det palliativa kunskapscentrumet ska inte driva egen forskning.

Det palliativa kunskapscentrumet ska inte driva egen forskning.

Information till allmänheten ges via 1177 Vårdguiden och via Cancerupplysningen vid Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland.

Nyttan med ett kunskapscentrum

Vinsterna för den palliativa patienten och de anhöriga består i att vårdens utformning baseras på palliativ, mångdimensionell *kunskap* och *förståelse* om de speciella symtom, problem och farhågor som är kopplade till den annalkande döden. Trots all kunskap finns rädsla både hos patienten och närstående.

Den allmänna vården i dag är bra på att handlägga sjukdomar, men inte lika bra på att förbereda patienten för döden och samtidigt klara av att hjälpa patienten att bibehålla ett realistiskt hopp och att leva fullt ut fram till döden. Det är här den palliativa kunskapsutvecklingen kommer in.

Resultatet av en väl fungerande palliativ vård är också stora för vårdgivarna då personal som har god kunskap känner sig tryggare. De kan då stötta patienter och närstående på ett bättre sätt, samtidigt som risken för utbrändhet hos personalen minskar – för det är en stor utmaning att följa patienter som närmar sig livets slut.

Trygg personal vågar också ha kvar patienten i rätt vårdnivå- och boendeformer inför döendet. Behovet att skicka patienter akut till en högre vårdnivå än vad patienten behöver minskar om personal har tillräcklig kunskap om hur de vårdar den döende patienten och om personalen har redskap för hur de bemöter och stöttar närstående.

Det handlar inte om allmän omvårdnads kunskap utan specifik förmåga att föra det svåra samtalet, att göra etiska avväganden, att kunna bemöta dödsångest

och klara både smärtbehandling och annan symtomlindring. Avsevärda resurser kommer att kunna användas effektivare eftersom en väl fungerande palliativ vård har visat sig minska återinläggningar och minska slutenvårdskonsumtionen.

Organisation

Ett palliativt kunskapscentrum i Stockholms län föreslås omfatta åtta tjänster. Organisationen som föreslås arbeta med centret föreslås bestå av:

- Styrgrupp bestående av tjänstemän från kommun och landsting.
- Stab bestående av:
 - Chef som leder, samordnar och utvecklar verksamheten tillsammans med anställda.
 - Vetenskaplig ledare, som disputerat och som har huvudansvaret för att ny och kliniskt relevant kunskap insamlas på ett systematiskt sätt. Det kan gälla både studier och utvecklingsprojekt. Den vetenskapliga ledaren ska också processa kunskapen, särskilt om den kommer från vetenskapliga studier så att kunskapen anpassas till den verksamhet som bedrivs inom Stockholms län.
 - Utbildningsansvariga som har vårdutbildning på högskolenivå samt kunskap i pedagogik och metodik.
 - Kommunikatör som arbetar både strategiskt och operativt med exempelvis webbplats. Kommunikatören kan även arbeta tillsammans med externa specialister för att ta fram exempelvis webbutbildningar.
 - Administratör som stödjer i administrativa, grundläggande ekonomiska uppgifter samt ger praktiskt stöd i arrangemang av utbildningar med mera.
- Referensgrupper:
 - Representanter från intresseorganisationer som organiserar patientgrupper, barn och äldre.
 - Yrkesverksamma som möter patienter och närstående.

Driftsansvarets lokalisering

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) föreslås få driftsansvar för ett Palliativt kunskapscentrum i Stockholms län.

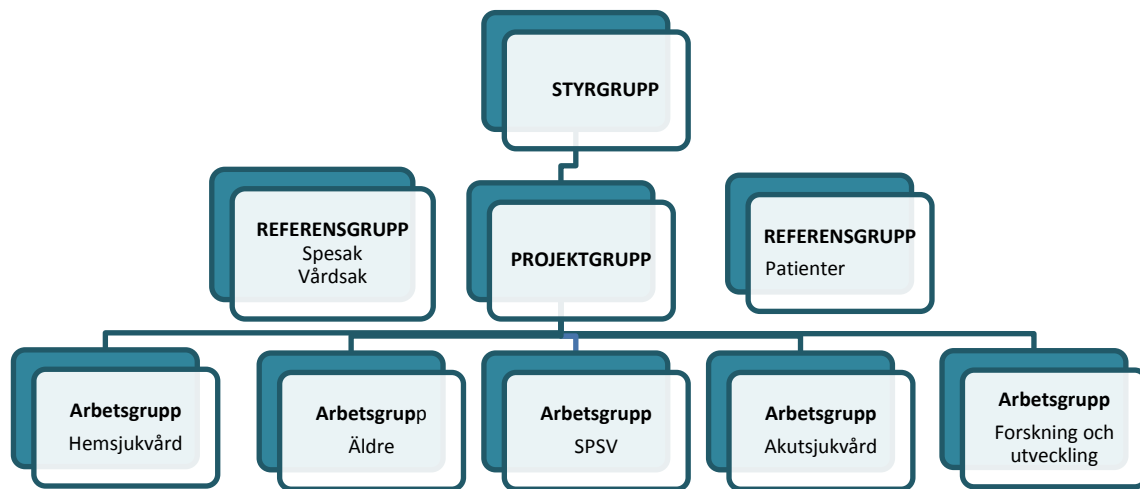
Beräknad kostnad år ett

Totalt: 8 219 000 kronor

Fördelningsmodell

- Stockholms läns landsting föreslås stå för 50 procent av kostnaden och
- kommuner och stadsdelar i Stockholms län föreslås stå för 50 procent av kostnaden.

Projektorganisation



Styrgrupp

- Olle Olofsson, projektägare, HSF, Avdelningen för närsjukvård
- Gunilla Benner-Forsberg, HSF, Enheten för styrning och ekonomi
- Gunilla Hjelm Wahlberg, KSL
- Ann-Sofie Holmertz, KSL, Vaxholms kommun
- Catharina Johansson, HSF, Enheten för geriatrik
- Katarina Lannerwall, HSF, Regionalt cancercentrum

Styrgruppen har haft fem möten.

Projektgrupp

- Lena Waller, projektledare, HSF, Enheten för geriatrik
- Helena Adlitzer, HSF, Regionalt cancercentrum
- Annica Dominius, KSL, Stockholm stad
- Anna Karbin Lund, HSF, Enheten för kommunikation
- Agneta Kling, KSL, Nacka kommun
- Peter Strang, Karolinska Institutet

Projektgruppen har tagit fram ett förslag utifrån arbetsgruppernas rapporter, samt från material som inkommit vid studiebesök och i kontakter med andra svenska palliativa kunskapscentrum.

Det har varit omkring 30 möten inklusive uppstartsseminarium, två studiebesök och avstämningsmöte med arbetsgrupperna.

Arbetsgrupper

Vårdgivare bjöds in via chefsläkarna på akutsjukhusen, ASiH-rådet samt via KSL för att delta i arbetsgrupper som skulle beskriva behov och innehåll av ett palliativt kunskapscentrum.

Fem arbetsgrupper (se bilaga 1) bildades med representanter från både landsting, kommun/stadsdelar samt privata vårdgivare. Från akutsjukhusen kom representanter från Karolinska sjukhuset Solna och Huddinge. Övriga akutsjukhus inbjöds särskilt via chefsläkarmöte, men ingen anmälde sig.

Arbetsgrupperna fick i uppgift att diskutera vad ett palliativt kunskapscentrum skulle innehålla. Arbetsgruppernas arbete dokumenterades utifrån en rapportmall och rapporten skickades in till projektgruppen.

Följande förslag kom fram från arbetsgrupperna:

FoUU-gruppen: Det är viktigt med en långsiktig planering. Det palliativa kunskapscentrumet ska söka, samla och sprida evidensbaserad kunskap samt underlätta för implementering av detta. Ett palliativt kunskapscentrum bör ligga på en neutral plats.

Akutsjukvårdsgruppen: Det palliativa kunskapscentrumet ska ge stöd och råd, ha en hemsida, nyhetsbrev, samla och sprida aktuellt information och kunskap, patient- och närstående information samt erbjuda föreläsningar, kurser och konferenser.

Specialiserad palliativ slutenvårdsgruppen: Gruppens förslag är att kunskapscentrumet ska samla och sprida kunskap, analysera kompetensbehov, ge palliativ utbildning, samordna projekt och forskning, stödja personal i komplexa sociala situationer, ge tips angående palliativ sedering.

Hemsjukvårdsgruppen: Det palliativa kunskapscentrumet ska ge information om palliativ vård, utbildning, forskning och utveckling, främja samverkan mellan vårdgivare och minska ojämlik palliativ vård (kunskapsmässigt) samt att vara remissinstans.

Äldregruppen: Det palliativa kunskapscentrumet ska ha omvärldsbevakning både nationellt och internationellt, anordna specifika och riktade utbildningar, seminarier och konferenser, underlätta nätverksbyggande, ge handledning och konsultstöd.

Referensgrupper

Referensgrupper har bestått av representanter från specialsakkunniga läkare inom geriatrisk vård och allmänmedicin samt vårdsakkunnig sjuksköterska inom geriatrik. Via Hälso- och sjukvårdsförvaltningens chefläkare inbjöds akutsjukvårdsläkare att delta i referensgruppen, men ingen anmälde sig.

Pensionärs- och patientorganisationerna har haft möjlighet att anmäla representanter. Dessa har fått möjlighet att ta del av samtliga arbetsgruppers förslag och lämnat synpunkter.

Drygt femtio personer har varit involverade i detta utredningsarbete.
Se bilaga 2.

Palliativ vård

Kort historik

All vård av döende patienter är *inte* med automatik palliativ vård enligt WHO:s moderna definition från 2002. Den moderna palliativa vården uppstod i själva verket som en motreaktion mot bristfällig vård av cancerpatienter, som varken fick adekvat smärtbehandling, symtomlindring eller psykologiskt stöd.

Palliativ medicin blev en egen specialitet i Storbritannien 1987 och år 1990 skrev WHO sin första definition, som då framför allt handlade om den allra sista tiden. Redan under 1990-talet insåg WHO att begreppet palliativ vård måste breddas för att bättre motsvara behovet.

Palliativ medicin påbyggnadsspecialitet 2014

Alla inom vård och omsorg skall kunna arbeta med ett palliativt förhållningssätt och kunna ge en god och värdig vård i livets slut.

I vissa fall är emellertid symtombilden och behovet mycket komplext och förutsätter expertkunnande. Enligt en grov uppskattning är cirka 1/3 av dödsfallen av sådan art (SOU 2001:6), därför behövs specialister inom palliativ medicin av flera skäl:

- För att vårda de patienter som har komplicerad, kraftigt symptomgivande bild.
- För att verka som konsulter för andra verksamheter.
- För att utveckla området.
- För att forska inom området.

Av dessa skäl har Socialstyrelsen bestämt att palliativ medicin skall bli en påbyggnadsspecialitet, vilket innebär att läkare som redan är specialister till exempel inom onkologi eller geriatrik kan vidareutbilda sig under två till tre års tid för att även få specialistkompetens inom palliativ medicin. Utredning om hur denna specialistutbildning skall se ut pågår.

Palliativ vård i dag

Enligt WHO:s nuvarande definition från 2002 handlar vården om patienter med obotlig, progressiv sjukdom där döden är det förväntade utfallet, men där den palliativa vården med fördel tillämpas redan i ett tidigt palliativt skede, tillsammans med annan sjukdomsmodifierande och livsförlängande behandling. Vidare poängteras att palliativ vård *inte* enbart skall handla om patienter med spridd cancer, utan omfatta patienter i alla åldrar med obotlig, progressiv sjukdom, till exempel sena stadier av KOL, hjärtsvikt, ALS eller demens.

Helhetssyn och fyra dimensioner

För att enligt WHO:s definition kunna kalla den vård man erbjuder för palliativ vård, måste man utgå från en helhetssyn där följande fyra dimensioner beaktas:

- **Fysisk** dimension (smärta, illamående, andnöd och så vidare).
- **Psyisk** dimension (till exempel oro, nedstämdhet, sömnproblem).
- **Social** dimension (bland annat boendet, närståendestöd och så vidare).
- **Existentiell/andlig** dimension (till exempel dödsångest, meningslöshet).

Med helhetssyn avses att samtliga fyra dimensioner påverkar varandra. Som exempel vet vi från den moderna hjärnforskningen att akut obearbetad dödsångest ökar upplevelsen av fysisk smärta. I komplicerade fall räcker det därför inte med smärtstillande läkemedel såsom morfin för att uppnå smärtfrihet, ibland behövs existentiella stödsamtal för att patienten skall kunna slappna av och därmed uppleva smärtlindring.

Fyra hörnstenar eller arbetsredskap

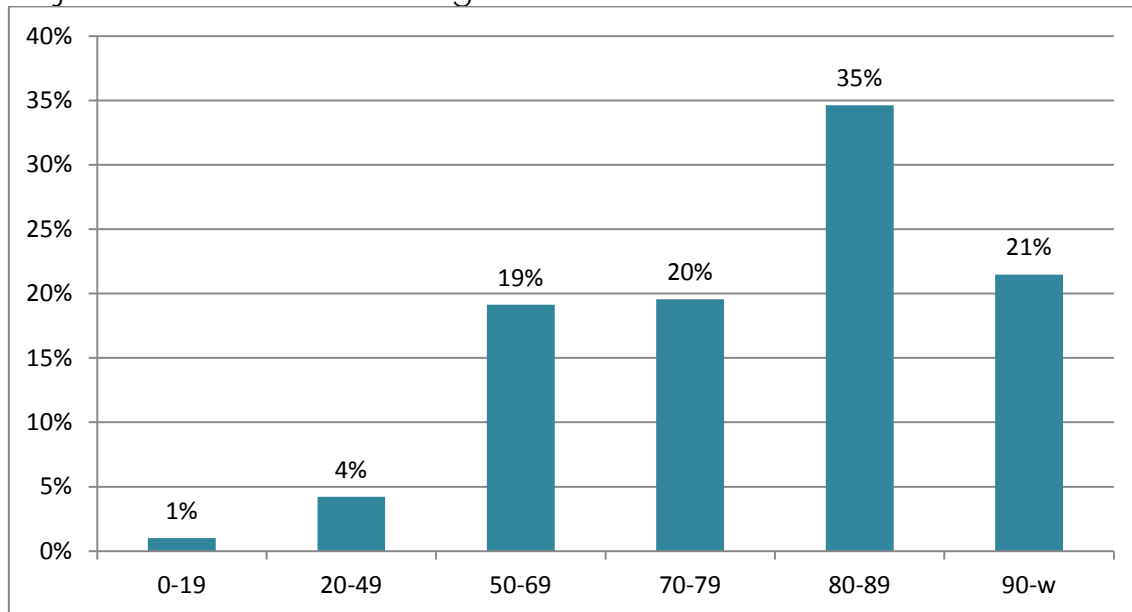
För att uppnå högsta möjliga resultat, arbetar man med fyra så kallade hörnstenar inom den palliativa vården:

- **Symtomkontroll** i vid bemärkelse (det vill säga både fysiska och psykiska symtom samt sociala och existentiella problem).
- **Kommunikation och relation:** En trygg patient och familj mår bättre och följsamheten till ordinationer ökar.
- **Teamarbete:** Eftersom patienten har komplexa behov behövs både olika personalgruppers samlade och koordinerade insatser.
- **Närståendestöd:** Enligt WHO är närståendestöd en självklar del av vården eftersom ett hotande dödsfall drabbar hela familjen.

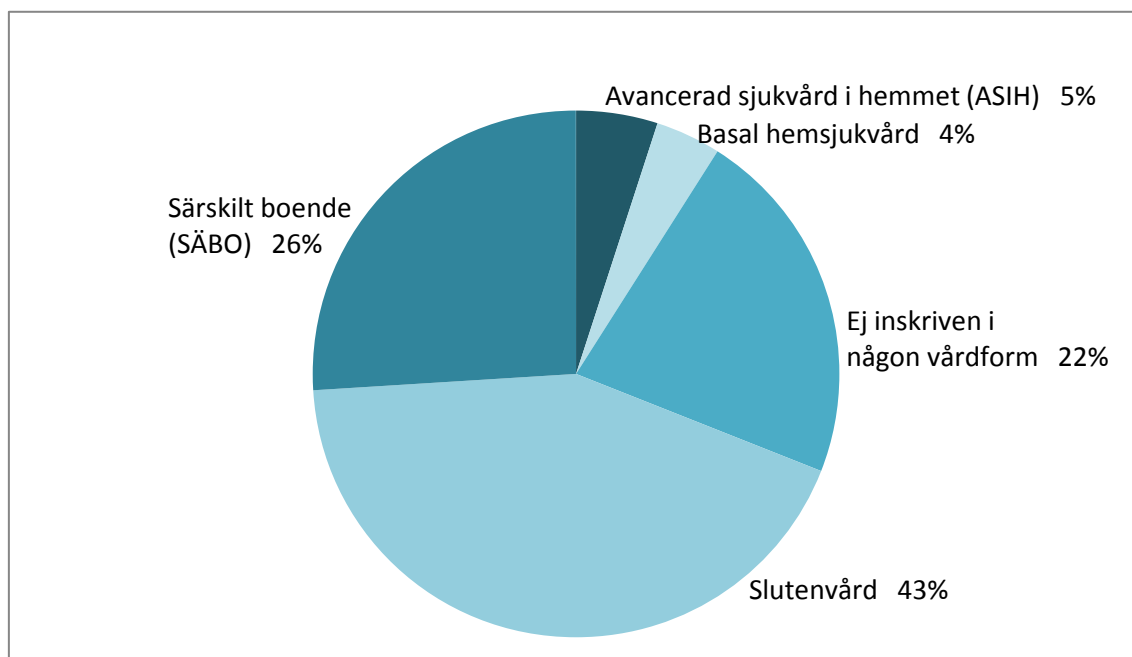
Statistik

Statistiken är hämtad ur Stockholms läns landstings databas för vårdkonsumtion/produktion, kallad Val-databas.

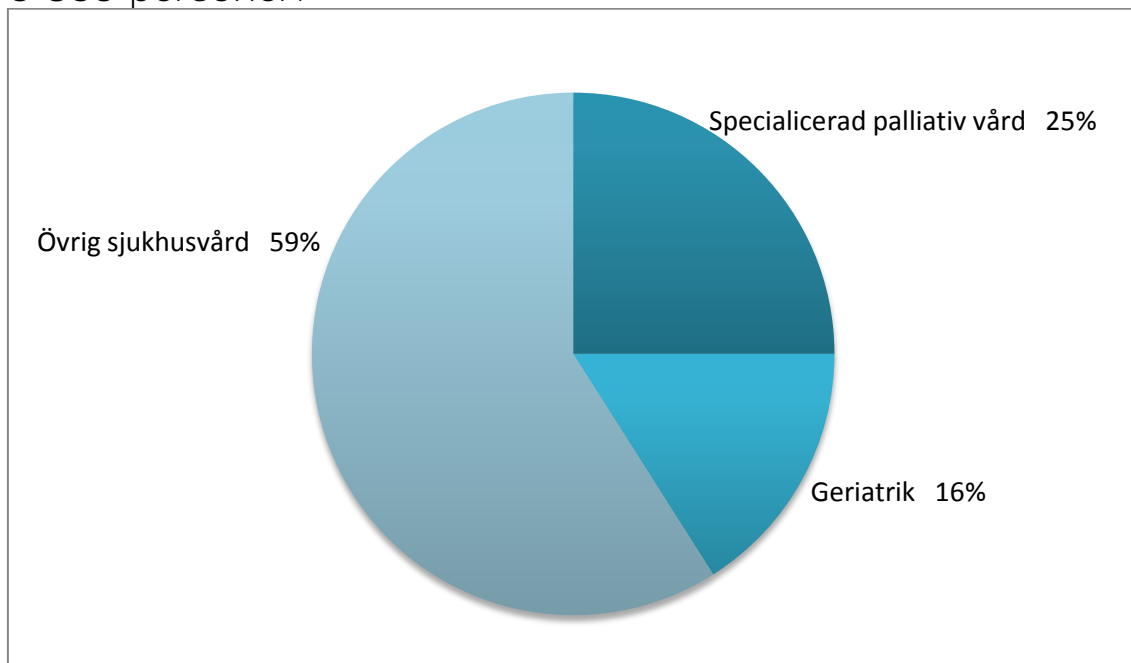
År 2012 avled 15 960 personer i Stockholms län enligt följande åldersfördelning:



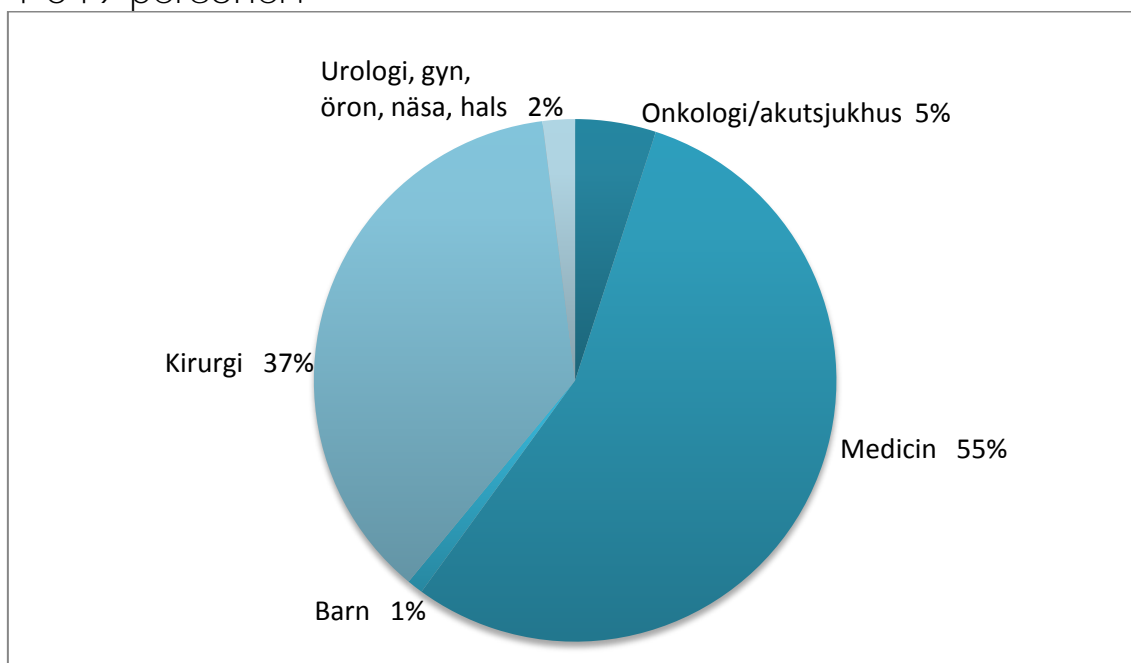
Fördelning av totalt 15 960 avlidna 2012:



Fördelning av totalt antal avlidna i slutenvården 2012,
6 863 personer:



Fördelning av totalt antal avlidna i övrig sjukhusvård 2012,
4 049 personer:



Olika behov

Avgränsningar

Som framgår av statistiken ovan är majoriteten av patienterna över 65 år. *Det innebär inte att palliativ vård är liktydig med äldrevård*, eftersom palliativ vård förekommer i alla åldrar, från spädbarnet och den unge vuxne, till åldringen.

Palliativ vård är inte heller liktydig med kronisk sjukdom, även om den tidiga fasen kan vara under lång tid, spridd cancer är ett sådant exempel. Medan vissa patienter dör redan inom veckor eller månader efter att canceren spritt sig, kan till exempel patienter med skelettmetastaserande bröstcancer eller prostatacancer leva i flera år och undantagsvis till och med mer än 10 år. *Till skillnad från kronisk sjukdom* är att en palliativ diagnos (till exempel spridd cancer) är den förväntade dödsdiagnosen, oavsett om döden inträffar efter månader eller först efter flera år. I motsats till detta kan en kronisk sjukdom vara livslång (till exempel en reumatisk sjukdom eller diabetes), utan att patienten förväntas dö av den sjukdomen.

Kvantitativt behov

Sjukvården har omorganiserats i hög grad under de senaste 20 åren. Sjukhusplatserna har reducerats avsevärt, vårdtiderna har förkortats och många verksamheter har öppenvårdsmottagningar. Så är till exempel fallet med palliativa cytostatikabehandlingar som tidigare gavs inneliggande, men i dag väsentligen ges på sjukhusmottagningar, eftersom den palliativa avancerade sjukvården i hemmet (ASIH) tar hand om eftervården (behandling av illamående, lunginflammationer och andra infektioner, buktappningar och så vidare). Det innebär att den specialkunskap som tidigare fanns på sjukhuset nu behöver finnas i hela vårdkedjan, både inom landstingets hälso- och sjukvård som inom kommunens vård- och omsorgs verksamheter.

Kvalitativt behov

I dag skall den palliativa vården omfatta alla patienter, både cancer och icke-cancerdiagnoser. Eftersom den palliativa vården har utvecklats utgående från den svårt sjuke cancerpatientens behov, behövs både kunskapsspridning och kunskapsutveckling när det gäller *andra* diagnoser såsom palliativ vård för patienter med svår KOL, hjärtsvikt eller demens. Sådan kunskap finns i dag, men den är inte allmänt känd och behöver därför föras ut både inom landstingets och kommunens verksamheter.

Demens är exempel på en sådan diagnos, där det palliativa behovet är underskattat, möjligen beroende på att sjukdomen förlöper i typfallet under en tioårsperiod med tilltagande symtom och problem. KOL är definitivt underskattad som palliativ diagnos, trots att 3 000 svenskar dör i KOL årligen (medan dödsfallen i till exempel bröstcancer är 1 700 per år). Vid de svåra formerna av KOL handlar inte problemet bara om andningen, utan i många fall även om

andra fysiska symtom såsom aptitlöshet, kakexi (undernäring), benskörhet med skelettsmärter, sekundär hjärtsvikt och njursvikt, ångest, oro, förvirring och depression, för att nämna några problem.

Behovet av kunskaper

I samband med remissvaret avseende det nationella kunskapsstödet under hösten 2012 gjordes en genomgång av 17 kommunala budgetar både övergripande och på socialnämnds nivå. I 13 av dessa nämndes ingenting om palliativ vård (eller vård i livets slutskede) Det innebär att resurser saknas i form av pengar och tid för att utbilda alla personalgrupper i palliativ vård.

Samtidigt bjöds länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor och verksamhetschefer till en hearing där det framkom att:

- Utbildningsbehovet som medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna framförde var att det finns ett stort behov av utbildningsinsatser i det svåra samtalet, etik, bemötande, praktisk omvårdnadsHandledning, utbildning i symptomlindring/smärtbehandling.
- Utbildningsbehovet ligger på alla nivåer från omvårdnadspersonal till läkare. Behov finns av massiva utbildningsinsatser, gärna lokalt och tvärprofessionellt så att orden och värden får samma innebörd för alla.
- Det framkommer att avsaknaden av utbildning i palliativ vård innebär att det bör läggas in större block om palliativ vård, både i läkar-, sjuksköterske- och paramedicinska utbildningarna. I omvårdnadsprogrammet bör innehållet i utbildningen ses över och palliativ vård bör läggas in som en obligatorisk kurs.

Ökad kunskap om palliativ vård behövs hos de företag som bedriver hemtjänst, både privata och kommunala. Det brister också i kunskap hos biståndshandläggare och behov finns av riktad utbildning för denna grupp.

Många tar upp att det saknas tillgång till handledning och utbildade handledare ute i kommunerna, viss handledning finns på en del äldreboenden, men saknas oftast helt i hemtjänsten.

De verksamheter i länet exempelvis Solna kommun som har satsat på att utbilda palliativa ombud har sett detta som en framgångsfaktor att ha specialistutbildad personal i palliativ vård.

Även om breddutbildning av de stora grupper som vårdar döende patienter till exempel inom kommunens vård och omsorg är av högsta prioritet, behövs även spetsutbildning och fortbildning inom den specialiserade palliativa värden.

I dag är värden relativt bra på behandling av fysiska symtom liksom på att ge psykosocialt stöd, även om det finns förbättringsutrymme, medan det fortfarande finns brister i det konkreta existentiella stödet, till exempel till patienter med akut dödsångest.

Nationella riktlinjer, vårdprogram och kunskapsstöd

I Socialstyrelsens beskrivning av god vård ingår det att vården ska vara:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig,
- säker,
- patientfokuserad,
- effektiv,
- jämlik och ges i god tid.

För att uppnå dessa målsättningar baseras vården på Hälso- och sjukvårdslagen samt olika dokument som ger underlag till hur vården ska bedrivas, som nationella riktlinjer/*Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede* och *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014*.

Nationellt vårdprogram för palliativ vård

Vårdprogrammet² innehåller tre olika delar;

1. Palliativ vård
2. Vårdkvalitet
3. Symtomlindring

Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede

Socialstyrelsens kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede innehåller vägledning, rekommendationer, termer och definitioner samt indikatorer.

Kunskapsstödet ger beslutsfattare i kommuner och landsting en tydlig vägvisare för vilka satsningar som behöver göras och ger personalen ett stöd i det dagliga arbetet.

² Nationellt vårdprogram för palliativ vård på Regionalt Cancercentrums webbplats:
<http://www.cancercentrum.se/sv/Vardprogram/Palliativ-varld/>

Projektets systematiska arbetsgång

Se bilaga 2.

Beslutsprocess

Avstämningsmöte mellan de fem arbetsgrupperna och projektgruppen, den 29 november 2013.

Förankring av projektförslaget, den 9 december 2013. Projektägaren Olle Olofsson och enhetschef Catharina Johansson träffar hälso- och sjukvårdsdirektör Catarina Andersson Forsman för förankring av projektförslaget samt diskussion om finansiering och det palliativa kunskapscentrumets organisatoriska tillhörighet.

Förslaget presenteras, den 4 februari 2014. Förslaget om ett palliativt kunskapscentrum presenteras i sin helhet för Catarina Andersson Forsman, hälso- och sjukvårdsdirektör i Stockholms läns landsting.

Inbjudan till dialogkonferens sänds ut under februari 2014 till förtroendevalda och berörda tjänstemän inom kommuner och landstinget. Bland annat via KSL:s Sociala välfärdsberedning och till presidiet för KSL/HSN.

Dialogkonferens om förslag till ett palliativt kunskapscentrum, den 4 april 2014, förslaget presenteras för förtroendevalda från kommuner och landsting samt berörda tjänstemän, frågor kan ställas och förslaget diskuteras.

Sociala välfärdsberedningen vid KSL, den 24 april 2014. Där kan beslutas om kommunernas representanter vill satsa på förslaget och i så fall tas frågan upp i presidiet för KSL/HSF.

Pensionärs- och funktionsnedsättningsorganisationer informeras vid ordinarie möte med HSF. April/maj 2014.

Presidiet för KSL/HSN sammanträder, den 8 maj 2014. Om presidiet ställer sig bakom förslaget kan frågan gå vidare till kommuners respektive landstingets beslutande organ enligt gängse ordning.

Äldreberedning vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, den 8 maj 2014 kan behandla förslaget.

Beslut kan fattas för landstinget vid Hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde, den 20 maj 2014.

KSL:s styrelse kan fatta beslut om att rekommendera sina medlemmar (kommuner i Stockholms län) att ansluta sig till förslaget den 12 juni 2014.

Källförteckning

1. **Framtidsplanen andra steget** – konkretisering av det fortsatta arbetet. Rapport framtagen av Programkontoret för Framtidens hälso- och sjukvård inom Stockholms läns landsting. Dokumentet beslutades av landstingsfullmäktige i juni 2013. Diarienummer: LS 1304-0527.
2. **Statens Offentliga Utredningar:** Döden angår oss alla - värdig vård vid livets slut. Delbetänkande från Kommittén om vård i livets slut. SOU 2000:6, Socialdepartementet.
3. **Statens Offentliga Utredningar:** Döden angår oss alla - värdig vård vid livets slut. Slutbetänkande från Kommittén om vård i livets slut. SOU 2001:6, Socialdepartementet.
4. **Strang P:** Ett palliativt förhållningssätt - enligt WHO. Ur: Strang P, Beck-Friis B (red): Palliativ medicin och vård. 4:e omarbetade upplagan. Liber förlag 2012. sid 30-34.
5. **Regionalt Cancercentrum:** Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014.
<http://www.cancercentrum.se/sv/Vardprogram/Palliativ-varld/>
6. **Socialstyrelsen:** Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede 2013.

Bilageförteckning

- 1 Deltagarförteckning
- 2 Projektets systematiska arbetsgång



Deltagare i projekt Palliativt kompetenscentrum

Styrgrupp

Olle Olofsson, projektägare, HSF, Avdelningen för närsjukvård

Gunilla Benner-Forsberg, HSF, Enheten för styrning och ekonomi

Gunilla Hjelm Wahlberg, KSL

Ann-Sofie Holmertz, KSL, Vaxholms kommun

Catharina Johansson, HSF, Enheten för geriatrik

Katarina Lannerwall, HSF, Regionalt cancercentrum

Projektgrupp

Lena Waller, projektledare, HSF, Enheten för geriatrik

Helena Adlitzer, HSF, Regionalt cancercentrum

Annica Dominius, KSL, Stockholms stad

Anna Karbin Lund, HSF, Enheten för kommunikation

Agneta Kling, KSL, Nacka kommun

Peter Strang, Karolinska institutet

Referensgrupper

Specialsakkunniga

Ingegerd Nydevik

Thomas Wohlin

Vårdsakkunnig

Anette Holmkvist



Patient- och pensionärsorganisationer

Karin Rask, HSO (Handikappförbunden)

Berit Magaard, Epilepsiföreningen

Pia Kerstin Silverdal, Stockholms dövas förening

Ewa Ekstrand, Blodcancerföreningen

Olle Johansson, DHR (Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet –
Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder)

Karin Wilborg, SPF (Sveriges Pensionärsförbund)

Käte Diederichsen, PRO (Pensionärernas Riksorganisation)

Arbetsgrupper

Hemsjukvård	
Basal hemsjukvård	Pia Skog Fogelberg, läkare Boo vårdcentral
Basal hemsjukvård	Sofie Ursäter, sjuksköterska PR VÅRD OCH OMSORG
Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)	Marianne Eriksson, sjuksköterska Rehabhotellet
Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)	Gunilla Ridderström, sjukgymnast Ersta Hospiceklänik
Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)	Anna Ehn, enhetschef, sjuksköterska Stockholms sjukhem
Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)	Maria Enberg, arbetsterapeut ASiH Sabbatsberg
Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)	Fredrik Sandlund, verksamhetschef ASiH Nacka Långbro park
Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)	Elisabeth Norén, läkare Praktikertjänst Löwet ASiH



Äldre	
Särskilt boende (SÄBO)	Anders Sundberg, läkare Legevisitten
Geriatrisk	Linda Holmgren, sjuksköterska Capio geriatrik Nacka
Geriatrisk	Therese Lindberg, sjuksköterska, Stockholms sjukhem Brommageriatriken
Nacka kommun	Agneta Kling, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Nacka kommun
Stockholms kommun	Agneta Blomkvist, medicinskt ansvarig sjuksköterska Hägersten- Liljeholmen- Älvsjö Skärholmen stadsdelsförvaltning
Solna kommun	Kristina Landelius, biståndshandläggare Solna kommun
Specialiserad palliativ slutenvård (SPSV)	
Specialiserad palliativ slutenvård, Barn	Pernilla Lucander, barnsjuksköterska Lilla Erstagårdens barn- och ungdomshospice
Specialiserad palliativ slutenvård, Barn	Christina Lindström, Bitr. chefssjuksköterska, Lilla Erstagårdens barn- och ungdomshospice
Specialiserad palliativ slutenvård	Monica Nilsson, enhetschef, Bylegård
Specialiserad palliativ slutenvård	Mats Linderholm, verksamhetschef, Palliativa sektionen Stockholms sjukhem
Specialiserad palliativ slutenvård	Lisa Sand, kurator ASiH Nacka – Långbro park
Specialiserad palliativ slutenvård	Conny Hagman, chefssjuksköterska, Hospiceavdelning, Ersta sjukhus
Akutsjukvård	
Karolinska Universitetssjukhus	Marie-Louise Lagheim, sjuksköterska Hematologiska kliniken Karolinska Universitetssjukhus



Karolinska Universitetssjukhus	Michael Melin, läkare Hjärtkliniken Karolinska Universitetssjukhus
Karolinska Universitetssjukhus	Margareta Skog, handläggare Staben Karolinska Universitetssjukhus
Karolinska Universitetssjukhus	Margareta Tegman, sjuksköterska Staben för kvalitet och patientsäkerhet Karolinska Universitetssjukhus
Karolinska Universitetssjukhus	Kerstin Åkerlund Neurologiska kliniken Karolinska Universitetssjukhus
FoUU	
Palliativt forskningscenter Ersta	Anette Henriksson, leg. specialist sjuksköterska, med dr, lektor i palliativ vård Palliativt forskningscenter, Ersta Sköndal högskola, Ersta sjukhus, institutionen för neurobiologi, vård och samhälle
FoU nu	Elisabeth Bergdahl, leg sjuksköterska, med.dr, projektledare, FoUnu/SLSO, Universitet Nordland, Norge
FoU Äldrecentrum	Christina Riddebäck, leg. Specialistsjuksköterska, utvecklingsledare EBP Regional utvecklingsledare för evidensbaserad praktik i socialtjänst och för hörande hälso- och sjukvård, Stockholms län, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
FoU Seniorium	Ingbritt Rydeman, leg specialistsjuksköterska, med.dr, verksamhetschef FoU Seniorium
Nestor FoU-center	Eva Karlsson, fil.dr Etnologi, projektledare Nestor FoU-center
FoUU Stockholms sjukhem	Marie-Louise Ekeström, leg sjuksköterska, magister, diplomerad i palliativ omvårdnad, nationell LCP- samordnare, fältarbetare Svenska palliativregistret, FoUU, Stockholms sjukhem
CeFam	Erika Berggren, distriktssköterska, doktorand, vårdutvecklingsledare VUL, palliativ vård- nutrition



Projektets systematiska arbetsgång

Förstudie

Projektet startades med en kartläggning om vilka behov som finns av ett Palliativt kunskapscentrum. Enskilda möten genomfördes med företrädare för Palliativt forskningscenter vid Ersta Sköndal högskola och Ersta sjukhus, Stockholms sjukhems forskningscentrum, CeFam, Nestor FoU-center, FOUUnu, Stiftelsen Äldrecentrum samt Karolinska Institutet.

Samtliga företrädare påtalade ett behov av ett Palliativt kunskapscentrum. Det finns svårigheter av att föra ut forskningsresultat och utvecklingsarbeten till personalen uti vård- och omsorgsverksamheterna. En del av forskningsresultaten är akademiskt skrivna och behov finns därför att anpassa dessa för att kunna användas i praktiskt arbete.

Arbetsgrupper

Ett uppstartsmöte

Den 24 maj 2013 genomfördes det ett uppstartsmöte med representanter från styrgrupp, projektgrupp och arbetsgrupperna. Efter korta föredrag under förmiddagen fick arbetsgrupperna i uppdrag utifrån sina professioner diskutera om det fanns behov av ett palliativt kunskapscentrum. Energin var hög hela dagen och många synpunkter diskuterades.

Arbetsgrupper

Arbetsgrupperna fick i uppgift att diskutera vad ett palliativt kunskapscentrum skulle innehålla. Arbetsgruppernas arbete dokumenterades utifrån en rapportmall och rapporten skickades in till projektgruppen.

Möte med arbetsgrupperna den 29 november

Projektgruppen informerar arbetsgrupperna om projektgruppens förslag till Palliativt kunskapscentrum samt den fortsatta processen.

Fem palliativa kompetenscentrum i landet

Palliativt centrum på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg

Palliativt centrum på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, som funnits sedan 2010, kontaktades via e-post. Centrumets personalbemanning är 1 sjuksköterska på heltid, 0,5 läkare, 0,5 socionom/kurator och 0,5 forskningsassistent.



Palliativa kunskapscentrumet ger allmän rådgivning avseende symtombehandling, rådgivning i specifika patientärenden, rådgivning i psykosociala frågor samt driver utbildnings- och informationsaktiviteter. Verksamheten får utbildningsuppdrag av enheter på Sahlgrenska universitetssjukhus, primärvården och kommunen. De genomför egna utbildningar bland annat grundkurs i palliativ vård för all personal (två dagar). Fördjupningskurser erbjuds i olika ämnen såsom; palliativ vård i praktiken, närståendestöd, existentiella frågor med mera. De skräddarsyr även utbildningar och föreläsningar. Under 2014 arrangerar Palliativa kunskapscentrumet tillsammans med Nationella rådet för palliativ vård, NRPV, den tredje nationella konferensen i palliativ vård den 4-5 mars 2014. Verksamheten är anslagsfinansierad.

Kompetenscentrum i Uppsala

Kompetenscentrum i Uppsala intervjuades via telefon. Detta centrum har bedrivits i projektform under fem år. Någon fortsättning är ännu inte beslutad. Uppdragsgivare är landstinget, universitetet och åtta kommuner. Uppdraget består av utbildning, fortbildning, vårdutveckling, kvalitetssäkring, forskning och implementering av forskningsresultat i vården. Kompetenscentrumet består av 30 % FOU ledare. Representanten betonade vikten av ett tydligt uppdrag och svårigheter om flera har samma uppdrag exempelvis rådgivning. Finansieringen är 600 000kr/år.

Palliativt kunskapscentrum i Lund

Representanter från projektgruppen har haft möte med chefen för palliativt kunskapscentrum i Lund. Uppdragsgivarna är Lunds Universitet och Region Skåne. Uppdragen är utbildning, utveckling, bedriva forskning och utbildning för både allmän och specialiserad palliativ vård. Ett annat uppdrag till det palliativa kompetenscentrumet är att undervisa på läkarutbildningen. Detta kompetenscentrum invigdes i början av år 2013 och nu rekryteras personal såsom en omvårdnadsforskare och en forskare för palliativ medicin.

Finansiering delas mellan Craafords stiftelse, region Skåne samt Lunds universitet totalt 22,5 Mkr (7,5 Mkr från respektive organisation) samt forskningsmedel som söks utifrån.

Universitet finansierar professor i omvårdnad, vilket kommer att leda till nätverk med högskolan, lektorat och doktorand.

Palliativt kompetenscentrum i Östergötland

Studiebesök gjordes vid palliativt kompetenscentrum i Östergötland. Uppdragsgivare är landstinget och kommunen.

Centrumet består av en verksamhetschef samt deltidsanställda verksamhetsföreträdare. Arbetsgruppen träffas för att dra upp riktlinjer hur och vad kompetenscentrumet ska arbeta med. Kompetenscentrumet har i uppdrag att utbilda all personal i Östergötland i palliativ vård. Det palliativa kompetenscentrumet har utbildat 8 000 personer. De har även i uppdrag att arbeta med palliativa frågor nationellt.



Palliativt centrum i Kronobergs län

Studiebesök gjordes vid Palliativt centrum för samskapad som bildades 1 januari 2013. Centrumet är en samverkan mellan Linnéuniversitetet, Landstinget Kronoberg och de åtta kommunerna i Kronobergs län.

Visionen är att alla patienter ska uppleva en god palliativ vård, ett gott döende och en god död, samt att närstående upplever att de får tillräckligt stöd i sorgeprocessen före och efter dödstillfället.

Den övergripande målbilden är att all personal är väl utbildad i palliativ vård för att skapa en välfungerande, hållbar och samskapad palliativ vård för alla personer i Småland. Den palliativa vården inom landsting och kommun ska utvecklas, så att patienter, närstående och personal, tillsammans med forskare, implementerar evidensbaserad vård i ett kontinuerligt integrativt lärande. Detta stärker patienters och närståendes inflytande och delaktighet i vården och ökar vårdkvaliteten. Uppdraget är utbildning, klinisk utveckling, forskning.

Det första året har mycket tid gått åt till förankring och planering. De har påbörjat översyn av utbildningar vid Linnéuniversitetet och startat upp utbildning i studiecirkelform för personal i Lessebo och Markaryds kommuner samt på hjärtsvikt-mottagningar på lasaretten i Växjö och Ljungby.

Finansiering 2013: Familjen Kamprads stiftelse 5,7 miljoner, Linnéuniversitetet 1,7 miljoner, Landstinget Kronoberg 0,8 miljoner samt kommuner som bidrar med viss personals arbetstid. Familjen Kamprad stiftelsen kommer att stödja projektet under åren 2013-2017.

Referensgrupper

Referensgrupp patient

Denna grupp bestod av representanter från regionala pensionärs- och patientorganisationer. Representanter från projektgruppen träffade gruppen för att presentera arbetsgruppernas rapporter. Tre deltagare lämnade skriftligt önskemål om hur de önskade att bli vårdade.

Referensgrupp specialsakkunniga läkare och vårdsakkunnig sjuksköterska

Denna grupp bestående av representanter från allmänmedicin (husläkarverksamhet) och geriatrik har fått ta del av arbetsgruppernas rapporter och därefter lämnat synpunkter. Trots inbjudan till akutsjukhusen har det inte kommit in några synpunkter.

Kostnadsfördelning Palliativt centrum i Stockholms Län

Total budget	8 219 000
SLLs andel	4 109 500
Att fördela på kommunerna	4 109 500
Genomsnittsavgift i kr per invånare	1,903142
Fast del i kronor, lika per kommun	0

	Antal invånare 2013-11-01	Totalt per år	därav fast belopp, kr	därav rörligt belopp kr (kr per inv)
				4 109 500,000
Upplands Väsby	41 386	78 800	0	78 800
Vallentuna	31 531	60 000	0	60 000
Österåker	40 417	76 900	0	76 900
Värmdö	39 727	75 600	0	75 600
Järfälla	69 035	131 400	0	131 400
Ekerö	26 309	50 100	0	50 100
Huddinge	102 276	194 600	0	194 600
Botkyrka	87 357	166 300	0	166 300
Salem	15 987	30 400	0	30 400
Haninge	80 804	153 800	0	153 800
Tyresö	44 095	83 900	0	83 900
Upplands-Bro	24 595	46 800	0	46 800
Nykvarn	9 512	18 100	0	18 100
Täby	66 268	126 100	0	126 100
Danderyd	32 185	61 300	0	61 300
Sollentuna	68 006	129 400	0	129 400
Stockholm	896 439	1 706 100	0	1 706 100
Södertälje	90 775	172 800	0	172 800
Nacka	94 358	179 600	0	179 600
Sundbyberg	42 338	80 600	0	80 600
Solna	72 813	138 600	0	138 600
Lidingö	45 104	85 800	0	85 800
Vaxholm	11 178	21 300	0	21 300
Norrtälje	56 796	108 100	0	108 100
Sigtuna	43 218	82 200	0	82 200
Nynäshamn	26 743	50 900	0	50 900
Summa	2 159 252	4 109 500	0	4 109 500

Komplettering förslag Palliativt kunskapscentrum

Syftet och målsättningen med ett palliativt kunskapscentrum skulle enligt utredningsuppdraget vara:

- ☐ Att öka kunskapen om palliativ vård hos alla som vårdar palliativa patienter oavsett skede, ålder och diagnos.
- ☐ Att forskningsresultat omsätts till praktik.

Uppdragen för ett palliativt kunskapscentrum kan delas upp i följande:

- ☐ Sammanställa kunskap, från aktuell forskning och utvecklingsarbete.
- ☐ Informera, utbilda utveckla/driva palliativa frågor, stöd och rådgivning.

Sammanställa kunskap, från aktuell forskning och utvecklingsarbete

Aktuell forskning, forskningsresultat, pågående utvecklingsarbete, utvärderade utvecklingsarbete ska samlas i en databank och vara lättillgänglig exempelvis via webbplatsen.

Det palliativa kunskapscentrumet ska stimulera bildandet av nätverk. Vidare kan det hjälpa till att hitta samtalspartners för specifika palliativa frågor mellan vårdgivare och huvudmän.

Informera, utbilda utveckla/driva palliativa frågor

Information sprids via webbplats, nyhetsbrev, konferenser och smarta IT-lösningar används för bland annat webbutbildningar.

Att utbilda utbildare och kvalitetsansvariga kan vara ett effektivt sätt att nå ut till många.

Handledarutbildning och utbildning av palliativa ombud.

Studiecirklar med ett strukturerat program är en tänkbar form att föra ut palliativt förhållningssätt.

Med välutbildad personal kan patienten tillsammans med sina anhöriga leva fullt ut fram till döden. Målet bör vara att all personal som har omsorg om eller vårdar palliativa patienter ska ha kunskap om och förståelse för ett palliativt förhållningssätt.

Budget

Kategori	Kostnad SEK
Personal	5 200 000 kr
Lokal	994 000 kr
Kommunikation	2 025 000 kr
Totalt	8 219 000 kr

Budget år 1 Inklusive sociala avgifter			
Personal	Antal	Pris	Årskostnad
Chef	1	55 000	948 000
Vetenskaplig ledare Vetenskaplig ledare, som disputerat och som har huvudansvaret för att ny och kliniskt relevant kunskap insamlas på ett systematiskt sätt. Det kan gälla både studier och utvecklingsprojekt. Den vetenskapliga ledaren ska också processa kunskapen, särskilt om den kommer från vetenskapliga studier så att kunskapen anpassas till den verksamhet som bedrivs inom Stockholms län.	1	60 000	1 034 1 00
Utbildningsansvariga Vårdutbildning på högskolenivå samt kunskap i pedagogik och metodik. Att utbilda utbildare och kvalitetsansvariga kan vara ett effektivt sätt att nå ut till många. Handledarutbildning och utbildning av palliativa ombud .	3	38 000	1 965 000
Kommunikatör Kommunikatör som arbetar både strategiskt och operativt med exempelvis webbplats. Kommunikatören kan även arbeta tillsammans med externa specialister för att ta fram exempelvis webbutbildningar	1	45 000	775 600
Administratören Administratör som stödjer i administrativa, grundläggande ekonomiska uppgifter, praktiskt stöd samt ger praktiskt stöd i arrangemang av utbildningar	1	27 000	465 360

Kostnader lokaler år 1

LOKALKOSTNAD	Tot kvm	Sjukhus	Kr/kvm	Årshyra kr
Arbetsrum för 8 personer (75 kvm)	100	Extern fastighetsägare	3400 (3000+ 400 för fastighetsskatt, värme, sophämtning och el)	340 000
Kök (20kvm)				
Toaletter (5 kvm, 1 st RWC)				
Konferensrum för < 10 personer	20			68 000
Konferensrum för upp till 20 personer För fasta möten inom enheten samt för arbetsgrupper, nätverk, styrgrupp och referensgrupp	40			136 000
Overhead Inredning såsom möbler, telefon, kontorsmaterial, datorer, whiteboard m m				450 000 kr

Rörliga kostnader

Kostnader kan tillkomma för större lokaler om inte lokaler kan tillhandahållas av kommun/stadsdel och landsting för utbildning där fler än 20 personer deltar. Exempel på en sådan kostnad:

Utbildning/möte med deltagare över 20 personer

Konferensrum som rymmer 160 personer	16 500 kr
”Paket” lokal som rymmer 160 personer med kaffe/lunch	60 000 kr

Kostnader föreläsare:

Beroende av användande av centrumets egna utbildare (= ingen extra kostnad) eller om man använder externa föreläsare (stor spridning i kostnad, beroende på kompetens).

Kommunikationsbudget

Utöver lönekostnad behöver en kommunikatör ett antal grafiska program som kostar ca 25 000 kr/år.

Första året kommer en stor del av kommunikationsbudgeten att gå till att bygga långsiktiga och robusta lösningar för centrumets webblösningar. Även om centrumet använder tekniska grundlösningar som finns inom landstinget måste dessa anpassas. Följande år kommer antagligen mindre del att läggas på själva webbplatsen och mer av kommunikationsbudgeten att behöva läggas på underhåll och utveckling av utbildningar samt marknadsföring.

För att kommunicera effektivt och nå bästa möjliga resultat per satsad kommunikationskrona är det nödvändigt att ha ett systematiskt analys- och utvärderingsarbete av kommunikationsinsatser, därför finns en särskild post för detta.

Kommunikationsbudget	år ett
Webbplats	750 000 kr
Målgruppsanalyser och utvärderingar av kommunikationsinsatser	100 000 kr
Varumärkesuppbyggnad: marknadsföring, grafisk profil, malldokument, mässdeltagande m.m.	300 000 kr
Webbutbildning	600 000 kr
Utbildningsmaterial	250 000 kr
Grafiska program	25 000 kr
	2 025 000 kr



Yrkande i ärende nr

Sammanträde den

Ingivet av

YRKANDE

□



Yrkande i ärende nr

Sammanträde den

Ingivet av

YRKANDE



2014-10-06

TJÄNSTESKRIVELSE
SÄN 2014/450-739

Social och äldre nämnden

Rekommendation om övertagande av utförandet av hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet

Förslag till beslut

Social- och äldre nämnden föreslår kommunstyrelsen att anta Kommunförbundet Stockholms läns rekommendation att kommunen tar över ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet.

Sammanfattning

Kommunförbundet Stockholms läns (KSLs) styrelse föreslår att kommunerna i länet tar över utföraransvaret för hälso- och sjukvård, rehabilitering och habilitering från landstinget. Detta med start från och med 1 oktober 2015. Rekommendationen omfattar de delar som idag utförs i LSS gruppbofästäder och daglig verksamhet. Utföraransvaret gäller de insatser som utförs av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjuk-gymnast/fysioterapeut. Förändringen kommer att finansieras genom skatteväxling. Den samlade effekten av den föreslagna förändringen skulle innebära att Nacka kommun minskar sina kostnader med drygt 2,6 miljoner enligt KSLs beräkningar. Medel som helt och hållet kommer att behövas för att täcka ökade kostnader. Samtliga kommuner i länet ska ställa sig positiva till föreslagen förändring för att den ska genomföras.

Ärendet

KSLs styrelse beslutade vid sitt sammanträde den 12 juni 2014 att rekommendera länets kommuner att besluta,

1. att § 11 i principöverenskommelsen från 27 maj 1994 upphör att gälla,
2. att ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvård övergår från landstinget till kommunerna i länet,
3. att denna förändring finansieras via skatteväxling 2015/2016,
4. att förändringen träder i kraft den 1 oktober 2015,
5. att landstinget ersätter kommunerna senast den 30 november 2015 med motsvarande 92/365 av skatteväxlingens värde 2015.

Landstinget har sedan 1994-års kommunalisering av omsorgen utfört de hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen ansvarar för enligt §§ 18 och 18 a hälso- och sjukvårdslagen (HSL) i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Detta regleras i den så kallade Principöverenskommelsens § 11 från 27 maj 1994 som innebär att kommunerna har det juridiska ansvaret (huvudmannaskapet), men att landstinget ansvarar för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatserna. Syftet med föreslagen förändring är att kommunerna också ska ansvara för att utföra hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Landstinget har utfört uppdraget enligt den så kallade normaliseringsprincipen. Huvudregeln är att den enskilde i första hand besöker en öppenvårdsmottagning. Den som inte kan ta sig till mottagningen får besök i hemmet eller i den dagliga verksamheten.

Flera kommuner har under åren aktualiserat frågan om att ha en egen kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation. Detta för att om möjligt förbättra tillgänglighet, kontinuitet och samordning av hälso- och sjukvården med omvårdnaden för personer med funktionsnedsättning.

Presidiegruppen KSL och hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) beslutade den 11 november 2013 att uppdraga åt KSL-kansliet och HSF att utreda hur § 11 i Principöverenskommelsen kan avvecklas.

Ett gemensamt projektarbete startade i början av december 2013 med deltagande från HSF, KSL och sakkunniga representanter från kommunerna. Projektgruppen skulle presentera ett förslag på definition av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som respektive huvudman ska ansvara för utifrån HSL. Förslaget gällde vilka hälso- och sjukvårdsinsatser i LSS-bostäder och daglig verksamhet som ska ingå i respektive huvudmans ansvar där även frågor kring hjälpmedel, rehabilitering och habilitering behövde definieras. Landstingets kostnader för insatserna som utförs skulle redovisas och en skatteväxlingsnivå beräknas.

Förslag

Projektgruppens förslag innebär att kommunen ansvarar för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och habilitering som sker i bostaden och på daglig verksamhet. Landstinget ansvarar för utförandet av läkarinsatser och specialiserad hälso- och sjukvård, specialiserad rehabilitering och specialiserad habilitering.

Kommunens ansvar

- Hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och habilitering som sker i bostaden respektive på daglig verksamhet.
- Förskriva läkemedel i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.
- Förskrivnings- och kostnadsansvar för inkontinenshjälpmedel, förbands- och sjukvårdsartiklar, kompressionsmaterial, bashjälpmedel samt för vissa definierade hyrhjälpmedel.

- Ansvar för att legitimerad personal i verksamheten svarar för att information ges till patientens läkare om aktuell status.
- Uppmärksammar behov, initierar och deltar i vårdplanering.

Landstingets ansvar

- Alla läkarinsatser (inklusive besök i boendet/daglig verksamhet).
- All övrig vård på "specialiserad nivå" som sker i boendet och daglig verksamhet och som ingår i uppdragen för avancerad sjukvård i hemmet (ASiH), specialiserad palliativ vård och specialistpsykiatri.
- Specialiserad rehabilitering (exempelvis inom uppdragen för neuroteam samt inom neurologi, onkologi och lymfödem).
- Logopedi.
- Hörsel- och synrehabilitering.
- Specialiserad habilitering. Insatser kan vara av utredande eller behandlande karaktär. Kunskapsöverföring till kommunens personal som utför habilitering i vardagen, avseende funktionsnedsättningar och konsekvenserna av dessa hos den enskilde.
- Kostnadsansvar för näringsprodukter och testmaterial för diabetes samt för vissa definierade hyr hjälpmedel.
- Förskrivnings och kostnadsansvar för synhjälpmedel, hörselhjälpmedel, ortopedtekniska hjälpmedel samt kosmetiska hjälpmedel.
- Fotsjukvård.
- Dietetik.
- Ansvar för att legitimerad personal i landstingets verksamhet ger information till legitimerad personal i kommunens verksamhet om beslutade insatser och aktuell status.
- Uppmärksammar behov, initierar och deltar i vårdplanering.
- Har kostnadsansvar för läkemedel och förbrukningsartiklar som omfattas av läkemedelsförmånen, förskrivna enligt lagen om läkemedelsförmåner (2002:160) till enskild patient.
- Ansvar för kostnaderna för provtagningsmateriel (provtagningsrör och tillhörande nålar) för ordinerade prover och där provet tas av personal verksam på kommunens uppdrag.
- Ansvar för vårdhygienisk experthjälp till kommunerna. Länets kommuner köper idag vårdhygienisk smittskyddskompetens från landstinget vad avser vård- och omsorgsboenden för äldre. Motsvarande samverkansavtal behöver upprättas vad avser denna målgrupp.

Normaliseringsprincipen fortsätter att gälla. Det innebär att om en person tillhörande målgruppen önskar få hälso- och sjukvårdsinsatsen i öppenvård (inom husläkarverksamhet och primärvårdsrehabilitering) kan de välja, eller få hjälp att välja, alternativ inom vårdvalet som övrig befolkning. För övriga hälso- och sjukvårdsinsatser har målgruppen tillgång till dessa i likhet med övriga invånare.

Utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatserna idag

I samband med att omsorgen kommunaliserades 1994 fick primärvården ansvar för den medicinska bashälso- och sjukvården för denna målgrupp i sitt husläkaruppdrag.

Kunskapen om gruppens specifika medicinska behov har tunnats ur alltmer. Kvaliteten på insatserna inom primärvården är ojämn beroende på skiftande kunskap, intresse och tid.

Personalen i boende med särskilt stöd och på daglig verksamhet får idag ägna mycken tid åt att samordna brukarnas kontakter för att hälso- och sjukvården ska fungera. Den vanligaste hälso- och sjukvårdsuppgiften som personalen utför i boendena och på daglig verksamhet är överlämnande av läkemedel. I de flesta fall krävs en delegering från en legitimerad sjuksköterska för att personalen ska få utföra detta. De särskilda boendena som ligger i kommunen är belägna på 17 olika adresser där fem till sex personer bor i varje gruppbostad. Brukaren väljer själv var man vill ha sin öppenvårdskontakt. Det kan innebära, att i ett boende för fem personer har samtliga fem valt olika öppenvårdskontakter. Det innebär att det kan komma distriktssköterskor från fem olika vårdcentraler för att delegera överlämnande av läkemedel. Det händer att vald vårdcentral inte ligger i närområdet. Avståndet kan försvåra för distriktssköterska att komma till boendet för att delegera uppgift till personalgruppen. En både lång och intensiv diskussion kan uppkomma med vårdcentral i närområdet som då ombeds att utföra delegeringen. Detta är ett samordningsproblem som inte är helt ovanligt och som personalen på boendet tvingas att delta i.

I kommunens kundval bedrivs daglig verksamhet på 21 adresser där 170 personer har sin dagliga aktivitet. 13 av verksamheterna ligger i kommunen. Även där sker överlämnande av läkemedel. Arbetstagarna/brukarna kommer inte bara från Nacka kommun utan även från andra kommuner. Här är antalet berörda personer och hälso- och sjukvårdskontakter ännu fler. En alltför stor del av personalens tid i dag läggs på samordning av hälso- och sjukvårdskontakter.

Konsekvenser för målgruppen

Ett kommunalt ansvar för utförandet av hälso- och sjukvården skulle oavsett hur man väljer att organisera detta ge en ökad möjlighet att påverka vårdens innehåll och organisation. Med hälso- och sjukvårdspersonal som en del av personal runt de boende såväl vuxna som barn och arbetstagare finns här en möjlighet till en ökad kompetens inom hälso- och sjukvårdsområdet för all personal. Omsorgspersonalen skulle kunna ägna mera tid till att stötta i vardagen.

Ekonomiska konsekvenser

Kommunernas övertagande finansieras med en skatteväxling, vilket innebär att landstinget sänker skattesatsen med två öre och kommunerna höjer sina skattesatser med motsvarande. Stockholms läns landstings ersättning till utförarna i denna verksamhet beräknades 2013 uppgå till ca 84 miljoner kronor. Två öre motsvarar 94,6 miljoner kronor på årsbasis (2013). Skatteväxlingen föreslås ske den 1 januari 2016. Om kommunerna tar över verksamheten före den 1 januari 2016 ska Stockholms läns landsting ersätta kommunerna. Ersättningen ska beräknas som 1/365 per dag multiplicerat med värdet av två öre i utdebitering beräknat på 2015 års effektiva skatteunderlag.

Om kommunerna tar över verksamheten den 1 oktober 2015, ska Stockholms läns landsting således ersätta kommunerna med 92/365-delar av värdet av två öre i utdebitering beräknat på 2015 års effektiva skatteunderlag. Detta motsvarar cirka 25 miljoner kronor. Betalningen ska göras senast den 30 november 2015 och fördelas enligt respektive kommuns folkmängd den 1 november 2014.

Nationellt utjämningsystem

Första januari 2004 infördes ett nationellt utjämningsystem för LSS-insatser. Kostnaderna för kommunerna i övriga län motsvarar 83 procent av rikets kostnad. Eftersom kommunerna i övriga län har utfört hälso- och sjukvårdsinsatserna inom LSS-boenden och inom daglig verksamhet, har 83 procent av denna kostnad ingått i kostnaden för varje insats. Detta har sedan utjämnats i det nationella utjämningsystemet. Det har också gällt för kommunerna i Stockholms län. Hälso- och sjukvårdsinsatserna inom LSS utgör knappt 2 procent av hela kostnaden för insatserna för boende barn, boende vuxna och daglig verksamhet. När också kommunerna i Stockholms län, som står för 17 procent av rikets kostnad, kommer att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser, kommer volymen i det nationella utjämningsystemet för aktuella insatser att öka med 0,3 procent (2 procent av 17 procent).

Den samlade effekten av den föreslagna förändringen skulle innebära att Nacka kommun minskar sina kostnader med drygt 2,6 miljoner enligt KSLs beräkningar, se bilaga 2. Medel som kommer att behövas för att täcka kostnaderna för hälso- och sjukvårdspersonal, hjälpmedel, förbands- och sjukvårdsartiklar och vårdhygienisk smittskyddskompetens. Förändringen medför även ett utökat uppdrag för medicinskt ansvariga i kommunen, vilket medför att nuvarande resurs kommer att vara otillräcklig.

Bilagor

1. KSLs rekommendation, Hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet, 2014-06-12
2. Effekter av övertagande av sjukvård inom LSS inom Stockholms län

Anders Fredriksson
Socialdirektör

Agneta Kling
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Sociala kvalitetsenheten

Gunilla Hjelm-Wahlberg

För kännedom:

Socialnämnd eller motsvarande

Förvaltningschef inom socialtjänsten eller motsvarande

Kommunstyrelserna i Stockholms län

Hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet

KSLs rekommendation

KSLs styrelse beslutade vid sitt sammanträde den 12 juni 2014 att rekommendera länets kommuner att besluta,

1. § 11 i Principöverenskommelsen från 1994-05-27 upphör,
2. ansvaret för utförandet av hälso- och sjukvård övergår från landstinget till kommunerna i länet,
3. denna förändring finansieras via skatteväxling 2015/2016,
4. förändringen träder i kraft den 1 oktober 2015,
5. landstinget, senast den 30 november 2015, ersätter kommunerna med motsvarande 92/365 av skatteväxlingens värde 2015.

Ärendebeskrivning

Landstinget har sedan kommunaliseringen av omsorgerna 1994 utfört de hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen ansvarar för enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Detta bestämdes i den s k Principöverenskommelsens § 11 från 1994-05-27.

Landstinget har utfört uppdraget enligt den så kallade normaliseringsprincipen. Huvudregeln är att den enskilde i första hand besöker öppenvårdsmottagning men den som inte kan ta sig till mottagning får besök i hemmet eller i den dagliga verksamheten.

Flera kommuner har under åren aktualiserat frågan om att en egen kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation kunde förbättra tillgänglighet, kontinuitet och samordning av hälso- och sjukvården med omvårdnaden för personer med funktionsnedsättning.

Lidingö stad framförde i skrivelse 2008-08-28 till KSL att egen kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation i respektive kommun skulle kunna förbättra tillgängligheten, kontinuiteten och samordningen av hälso- och sjukvården och omvårdnaden för personer med funktionsnedsättning.

Under 2009 och 2010 var frågan om upphörande av § 11 i Principöverenskommelsen aktuell för diskussion i landsting och kommun. Frågan avslutades dock med ett konstaterande att det fanns anledning att avvakta den förväntade kommunaliseringen av hemsjukvården.

Presidiegruppen beslutade 2013-11-11 att uppdra åt hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och KSL-kansliet att utreda hur § 11 i Principöverenskommelsen från 1994-05-27 kan avvecklas. § 11 beskriver ansvaret för hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ett gemensamt projektarbete startade i början av december 2013 med deltagande från HSF, KSL och representanter från kommunerna i de olika delregionerna. Uppdraget skulle presentera ett förslag på definition av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som respektive huvudman ska ansvara för utifrån HSL. Det gäller vilka hälso- och sjukvårdsinsatser i LSS-bostäder och daglig verksamhet som ska ingå i respektive huvudmans ansvar där även frågor kring hjälpmedel, rehabilitering och habilitering behövde definieras. Landstingets kostnader för insatserna som utförs ska redovisas och en skatteväxlingsnivå beräknas.

Förslag

Förslaget innebär att kommunen ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och habilitering som sker i bostaden och på daglig verksamhet. Landstinget ansvarar för läkarinsatser och specialiserad hälso- och sjukvård, specialiserad rehabilitering och specialiserad habilitering. Fördelning av ansvar sker enligt förteckning nedan.

Normaliseringsprincipen gäller och innebär

Om individ tillhörande målgruppen önskar få hälso- och sjukvårdsinsatsen i öppenvård (inom husläkarverksamhet och primärvårdsrehabilitering) kan de välja, eller få hjälp att välja, alternativ i linje med övrig befolkning. För övriga hälso- och sjukvårdsinsatser har målgruppen tillgång till dessa i likhet med övriga invånare.

Kommunens ansvar

- Hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och habilitering som sker i bostaden respektive daglig verksamhet.
- Förskriva läkemedel i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.
- Förskrivnings- och kostnadsansvar för inkontinenshjälpmedel, förbands- och sjukvårdsartiklar, kompressionsmaterial, bashjälpmedel samt för vissa definierade hyrhjälpmedel.

- Ansvar för att legitimerad personal i verksamheten svarar för att information ges till patientens läkare om aktuell status.
- Uppmärksammar behov, initierar och deltar i vårdplanering.

Landstingets ansvar

- Alla läkarinsatser (inklusive besök i boendet/daglig verksamhet).
- **All övrig vård på "specialiserad nivå" som sker i boendet** och daglig verksamhet och som ingår i uppdragen för avancerad sjukvård i hemmet (ASiH), specialiserad palliativ vård och specialistpsykiatri.
- Specialiserad rehabilitering (exempelvis inom uppdragen för neuroteam samt inom neurologi, onkologi och lymfödem).
- Logopedi.
- Hörsel- och synrehabilitering.
- Specialiserad habilitering. Insatser kan vara av utredande eller behandlande karaktär. Kunskapsöverföring till kommunens personal, som utför habilitering i vardagen, avseende funktionsnedsättningar och konsekvenserna av dessa hos den enskilde.
- Kostnadsansvar för näringsprodukter och testmaterial för diabetes samt för vissa definierade hyr hjälpmedel.
- Förskrivnings och kostnadsansvar för synhjälpmedel, hörselhjälpmedel, ortopedtekniska hjälpmedel samt kosmetiska hjälpmedel.
- Fotsjukvård.
- Dietetik.
- Ansvar för att legitimerad personal i landstingets verksamhet ger information till legitimerad personal i kommunens verksamhet om beslutade insatser och aktuell status.
- Uppmärksammar behov, initierar och deltar i vårdplanering.
- Har kostnadsansvar för läkemedel och förbrukningsartiklar som omfattas av läkemedelsförmånen, förskrivna enligt lagen om läkemedelsförmåner (2002:160) till enskild patient.
- För kostnaderna för provtagningsmateriel (provtagningsrör och tillhörande nålar) för ordinerade prover och där provet tas av personal verksamma på kommunens uppdrag.
- För vårdhygienisk experthjälp till kommunerna. Länets kommuner köper idag vårdhygienisk smittskyddskompetens från landstinget vad avser vård- och omsorgsboenden för äldre. Motsvarande samverkansavtal behöver upprättas vad avser denna målgrupp.

Skatteväxling

Kommunernas övertagande finansieras med en skatteväxling, vilket innebär att landstinget sänker skattesatsen med två öre och kommunerna höjer sina skattesatser med motsvarande. Stockholms läns landstings ersättning till utförarna i denna verksamhet beräknades 2013 uppgå till ca 84 miljoner kronor. Två öre motsvarar 94,6 miljoner kronor på årsbasis (2013).

Skatteväxlingen föreslås ske den 1 januari 2016. Om kommunerna tar över verksamheten före den 1 januari 2016 ska Stockholms läns landsting ersätta kommunerna. Ersättningen ska beräknas som 1/365 per dag multiplicerat med värdet av två öre i utdebitering beräknat på 2015 års effektiva skatteunderlag.

Om kommunerna tar över verksamheten den 1 oktober 2015, ska Stockholms läns landsting således ersätta kommunerna med 92/365-delar av värdet av två öre i utdebitering beräknat på 2015 års effektiva skatteunderlag. Detta motsvarar cirka 25 miljoner kronor. Betalningen skall göras senast den 30 november 2015 och fördelas enligt respektive kommuns folkmängd den 1 november 2014.

Nationellt utjämningsystem

Första januari 2004 infördes ett nationellt utjämningsystem för LSS-insatser. Kostnaderna för kommunerna i övriga län motsvarar 83 procent av rikets kostnad. Eftersom kommunerna i övriga län har utfört hälso- och sjukvårdsinsatserna inom LSS-boenden och inom daglig verksamhet, har 83 procent av denna kostnad ingått i kostnaden för varje insats, som sedan utjämnats i det nationella utjämningsystemet. Detta har också gällt för kommunerna i Stockholms län.

Hälso- och sjukvårdsinsatserna inom LSS utgör knappt 2 procent av hela kostnaden för insatserna boende barn, boende vuxna och daglig verksamhet. När också kommunerna i Stockholms län, som står för 17 procent av rikets kostnad, kommer att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser, kommer volymen i det nationella utjämningsystemet för aktuella insatser att öka med 0,3 procent (2 procent av 17 procent).

Presidiegruppen KSL/HSN

Presidiegruppen KSL/HSN beslutade den 8 maj 2014 att föreslå hälso- och sjukvårdsnämnden besluta enligt förslaget samt att föreslå KSLs styrelse att kommendera länets kommuner att besluta enligt förslaget.

Ärendegång

Rekommendationen adresseras till kommunstyrelserna enligt den rutin som gäller vid beslut i KSLs styrelse. KSL överlåter till kommunen att fatta beslut enligt gällande delegationsordning.

Kommunerna ombeds meddela sina ställningstaganden genom att sända in protokollsutdrag eller annan beslutshandling.

Beslut om antagande av överenskommelse är att likställas med undertecknande.

Svarsperiod

KSL önskar få kommunens ställningstagande senast den 31 december 2014 med e-post till registrator@ksl.se.

Alternativt till

Kommunförbundet Stockholms Län
Box 38145
100 64 STOCKHOLM

Frågor och information

Frågor med anledning av detta, välkommen att kontakta Gunilla Hjelm-Wahlberg, telefon 08-615 96 40, e-post gunilla.hjelm-wahlberg@ksl.se.

Med vänlig hälsning

KOMMUNFÖRBUNDET STOCKHOLMS LÄN



Elisabeth Gunnars
1:e vice ordförande



Madeleine Sjöstrand
Förbundsdirektör

Bilaga:

PM Hälso- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet

Elisabeth Höglund, HSF
Gunilla Hjelm-Wahlberg, KSL-kansliet

Hälsö- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet

Presidiegruppen, som består av Hälsö- och sjukvårdsnämndens presidium och Kommunförbundet Stockholms Läns (KSLs) sociala välfärdsberednings presidium, beslutade 2013-11-11 att uppdra åt hälsö- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) och KSL-kansliet att utreda hur § 11 i Principöverenskommelsen från 1994-05-27 kan avvecklas. § 11 beskriver ansvaret för hälsö- och sjukvård i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Ett gemensamt projektarbete startade i början av december med deltagande från HSF, KSL och representanter från kommunerna i de olika delregionerna. Representanterna är sakkunniga inom hälsö- och sjukvård, funktionsnedsättning, organisation, ekonomi mm. KSL och HSF svarar för projektledare.

Patient- och funktionshindrersorganisationer i Stockholms län har getts möjlighet till delaktighet via Hälsö- och sjukvårdsförvaltningens samverkansråd vid ett särskilt seminarium som ägde rum den 30 januari 2014.

En dialogkonferens för målgruppen tjänstemän från HSF, förvaltningschefer och Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) från kommunerna genomfördes den 14 mars 2014.

Uppdraget redovisas till Presidiegruppen den 8 maj 2014 där detta PM ingår som bilaga.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Personkretsar

LSS innehåller i § 1, inledande bestämmelser om stöd och service till följande grupper:

- *Personkrets 1*
Personer med utvecklingsstörning och personer med autism eller

2014-04-14

autismliknande tillstånd under utvecklingsperioden vilket avser åren före 16 års ålder.

- *Personkrets 2*
Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder (efter 16 år), föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
- *Personkrets 3*
Personer med andra och varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om dessa är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Gemensamt för alla personer som tillhör någon av LSS personkretsar är att insatserna kan ges livet ut om behovet av insatser kvarstår.

Insatser enligt LSS

I LSS § 9, p. 1 – 10 regleras vilken form av stöd och service lagens personkrets har rätt till:

1. Rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder,
2. Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans, till den del behovet av stöd inte täcks av beviljade assistanstimmar enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken.
3. Ledsagarservice,
4. Biträde av kontaktperson,
5. Avlösarservice i hemmet,
6. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet,
7. Korttidstillsyn för skolorngdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov,
8. Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och 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 som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.

Landstingen ansvarar för insatser enligt LSS § 9.1, övriga punkter ansvarar kommunerna för.

2014-04-14

Principöverenskommelsens § 11

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) §§ 18 och 18 a-c har landstinget ansvaret för all hälso- och sjukvård förutom i vissa boenden och dagverksamheter. Kommunen ansvarar för särskilda boenden för äldre, dagverksamhet för äldre, bostad med särskild service enligt Socialtjänstlagen 2001:453 (SoL) för personer med psykisk funktionsnedsättning samt bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS. Läkarinsatser är alltid landstingets ansvar.

I § 11 "Principöverenskommelsen med landstinget och kommunerna av verksamheter som bedrivs av landstingets omsorgsnämnd" från 1994 framgår att landstinget ska utföra den hälso- och sjukvård som kommunen har ansvar för i LSS-verksamhet.

Protokoll 1994-05-27 mellan SLL och KSL § 11 i Principöverenskommelsen:

HSL §§ 18 och 18 a sjukvårdsansvar och ansvar för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel

Kommunerna har enligt HSL §§ 18 och 18 a sjukvårdsansvar (exkl. läkarvård) och ansvar för habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer som bor i särskilda boendeformer och /eller har dagverksamhet.

Landstinget förbinder sig att utan särskild kostnad för kommunerna fullgöra vad som ankommer på kommunerna enligt HSL §§ 18 och 18 a för personer som tillhör personkretsen för LSS. Verksamheten skall bedrivas i sådan omfattning och med sådan kvalitet som motsvarar personernas speciella behov.

De uppgifter enligt HSL § 24 som fullgörs av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i kommunerna skall även omfatta de verksamheter som anges i denna paragraf."

Tolkning av insatser och målgrupp i § 11 Principöverenskommelsen

Sedan Principöverenskommelsen trädde ikraft har både HSL och LSS förändrats. Det har inneburit att tolkningen av § 11 upplevts som otydlig vad gäller vilka boenden, personkretsar och vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som ingår. En gemensam arbetsgrupp mellan HSF och KSL tillsattes 2009 med syfte att tolka § 11 i Principöverenskommelsen. Det är den arbetsgruppens tolkning som ligger till grund till följande beskrivning av omfattningen av vilka insatser och målgrupper som avses i § 11 i Principöverenskommelsen.

Bostad med särskild service för barn och ungdom, LSS § 9.8

De barn och ungdomar som bor i bostad med särskild service kan hänföras till tre grupper: de med mycket omfattande behov av stöd och omvårdnadsinsatser under dygnets alla timmar, barn och ungdomar med en

2014-04-14

funktionsnedsättning som leder till utåtagerande beteende samt barn och ungdomar som går i skolan på annan ort.

Barn och ungdomar som får sitt stöd i bostad med särskild service, är en LSS-insats som har minskat i volym. Enligt Socialstyrelsens statistik hade 323 barn och ungdomar beslut om boende år 2004 och år 2012 är antalet 276 i länet.

LSS-lagstiftningen har gjort det möjligt för allt fler barn och ungdomar att få sitt stöd i hemmet. De stödformer som kan vara aktuella i hemmet är t ex personlig assistans och avlösarservice. Principöverenskommelsen § 11 är inte aktuell när barn och ungdomar bor i hemmet.

Barn och ungdomar boende i familjehem omfattas inte av Principöverenskommelsen § 11. Där har landstinget ansvaret för all hälso- och sjukvård.

Bostad med särskild service för vuxna, LSS § 9.9

Den traditionella gruppbostaden med tillgång till personal dygnet runt och tillgång till gemensamhetsutrymmen kommer även i framtiden att vara en viktig stödform för personer, såväl äldre som yngre, som har ett omfattande behov av stöd och omvårdnad.

Antalet personer med denna LSS insats har under senare år utvidgats eftersom flera personer med autismspektrumtillstånd (AST) ingår. För en del av dem är gruppbostaden, med anpassat stöd och omvårdnad, en bra boendelösning.

Antal lägenheter i bostad med särskild service (gruppboende och serviceboende) har stadigt ökat under åren. År 2004 hade 3 174 personer beslut om vuxenboende och år 2012 var antalet beslut 4 038 i länet enligt Socialstyrelsens LSS statistik.

Vuxna boende i särskilt anpassad bostad omfattas inte av Principöverenskommelsen § 11. Där har landstinget ansvaret.

Det bör observeras att huvuddelen av de som bor i vuxenboende även har ett beslut om daglig verksamhet.

Daglig verksamhet, LSS § 9.10

Daglig verksamhet riktar sig till personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.

Antalet personer med daglig verksamhet enligt LSS har ökat kraftigt under de senaste tio åren. År 2004 hade 3 990 personer beslut om daglig verksamhet i länet enligt Socialstyrelsens LSS statistik. År 2012 har antalet personer med beslut ökat till 5 956. Ökningen hänger till största delen samman med att allt fler personer med autismspektrumtillstånd utan utvecklingsstörning beviljas LSS- insatsen vilket medför att målgruppen för daglig verksamhet delvis förändrats.

2014-04-14

Målgrupp

De individer som omfattas av Principöverenskommelsen § 11 är således de som:

- bor i bostad med särskild service och/eller har beslut om daglig verksamhet
- tillhör personkrets 1 eller 2
- har behov av hälso- och sjukvård i boendet eller i den dagliga verksamheten.

Det innebär att antalet individer som uppskattas kunna ingå i målgruppen är ca 6 200 personer. Antalet idag är dock färre eftersom inte alla har behov av den hälso- och sjukvård som Principöverenskommelsen § 11 omfattar.

Personkrets 3 omfattas inte av Principöverenskommelsen § 11. Huvudprincipen är att landstinget har ansvar för personkretsen men vissa undantag förekommer.

Hälso- och sjukvårdsinsatser idag för målgruppen

De insatser för målgruppen som omfattas av Principöverenskommelsens § 11 är hälso- och sjukvårdsinsatser samt vissa hjälpmedel i bostaden med särskild service eller på den dagliga verksamheten. Läkarinsatser omfattas inte.

Hälso- och sjukvården för målgruppen har landstinget organiserat enligt normaliseringsprincipen. Det innebär att huvudregeln är att den enskilde i första hand vänder sig till husläkarmottagning/vårdcentral och till primärvårdsrehabiliteringsmottagning, på samma sätt som övriga invånare. Den som inte kan ta sig till mottagning får besök i boendet eller på daglig verksamhet och det är dessa hälso- och sjukvårdsinsatser som omfattas av Principöverenskommelsen § 11.

Landstinget har idag organiserat så att dessa besök ingår i uppdragen för:

- husläkarverksamhet med basal hemsjukvård
- basal hemsjukvård kvällar och nätter
- primärvårdsrehabilitering.

Avseende hjälpmedel så har kommunen och landstinget delat kostnadsansvar.

Övriga hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i boendet/daglig verksamhet som målgruppen har behov av och som är landstingets ansvar omfattas inte av Principöverenskommelsen § 11. Målgruppen har tillgång till dessa i likhet med övriga invånare.

En stor del av insatser som räknas som hälso- och sjukvård (främst medicingivning) utförs idag i bostaden/daglig verksamhet av personal som arbetar där på kommunens uppdrag. Det sker genom delegering från distriktssköterska eller annan legitimerad personal som arbetar på uppdrag av landstinget.

2014-04-14

För mer information om landstingets olika uppdrag som nämns hänvisas till respektive Förfrågningsunderlag eller uppdragsbeskrivning som finns på Vårdgivarguiden www.vardgivarguiden.se.

Basal hemsjukvård inklusive hembesök

Basal hemsjukvård definieras av landstinget som den hälso- och sjukvård som ges i patientens hem och som inte kräver specialiserad palliativ vård i öppen eller sluten vårdform eller avancerad öppenvård i hemmet som annan vårdgivare (ASIH) ansvarar för eller täcks av annan huvudmans ansvar. Patienten skall på grund av medicinska skäl eller funktionshinder ha behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som skall vara varaktiga och som beräknas kvarstå under minst 14 dagar. Patienterna skall ha behov av minst två insatser i hemmet per kalendermånad för att registreras i basal hemsjukvård. Om patienten har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet som inte är varaktiga ges de i form av hembesök.

I basal hemsjukvård ingår att den vårdgivare som landstinget har avtal med säkerställer att:

- distriktssköterska eller läkare i verksamheten ansvarar för att bedöma patientens totala behov av hemsjukvård oavsett tid på dygnet och att den vårdgivare som ansvarar för insatser på andra tider informeras. Vid utskrivning från slutenvården ansvarar utskrivande vårdenhets för en sådan bedömning och Vårdgivaren ska justera vårdplanen enligt gällande riktlinjer.
- det för samtliga hemsjukvårdspatienter framgår vem som är ansvarig distriktssköterska och läkare
- förbrukningsmaterial alltid finns i tillräcklig mängd hemma hos patienten
- distriktssköterska har en koordinatorsfunktion genom att ansvara för att, i samverkan med andra yrkeskategorier, samordna insatser för att tillgodose patientens totala vårdbehov
- distriktssköterska ansvarar för att en planering och kontinuerlig bedömning av vården genomförs som dokumenteras för varje patient när
- behov av hemsjukvård blir aktuellt. Planeringen ska genomföras i samråd med andra berörda vård- och omsorgsgivare och beskriva vårdens planering, genomförande, uppföljning och resultat. Patient och närstående ska erbjudas att delta i planeringen av vården samt informeras.

Målgruppen enligt Principöverenskommelsen § 11 kan således få hälso- och sjukvårdsinsatser i bostaden/daglig verksamhet antingen i form av hemsjukvårdsbesök eller hembesök av distriktssköterska, sjuksköterska eller undersköterska. Det är dessa insatser som ingår i Principöverenskommelsen § 11.

Vårdgivare som har landstingets uppdrag att utföra insatserna dagtid vardagar är godkända enligt LOV (lagen om valfrihetssystem) och ingår i Vårdval "Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård". För närvarande finns 206 avtal. För utförandet av basal hemsjukvård inklusive hembesök kvällar och nätter (kl. 17-08) samt dagtid på helger har landstinget särskilt avtal (8 st.) med andra vårdgivare.

2014-04-14

Det finns några undantag från ovan. Landstinget har särskilda avtal med:

- Haninge kommun om att utföra hälso- och sjukvårdsinsatserna för målgruppen
- Sigtuna kommun om att utföra hälso- och sjukvårdsinsatserna för målgruppen
- Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) för Safirens barnboende i Vallentuna
- Kista stadsdelsförvaltningen för boende på Silkesborg
- Södertälje kommun för vissa boenden
- Legevisitten AB för Ösmohemmet, Nynäshamn
- Österåkers kommun för att ta emot delegeringar till målgruppen samt MAS insatser i privata LSS boenden
- Vissa kommuner för andningshandikappade personer som bor i bostad med särskilt stöd och service, bl. a i Huddinge.

Rehabilitering

Hälso- och sjukvårdsinsatser i form av rehabilitering för målgruppen enligt Principöverenskommelsen § 11 ingår i landstingets uppdrag för Primärvårdsrehabilitering, specialiserad fysioterapi samt logopedi.

Primärvårdsrehabilitering ska vara förstahandsvalet då behov av rehabilitering finns hos befolkningen. Verksamheten omfattar akuta och planerade rehabiliteringsinsatser i öppenvård på mottagning och i hemmet. Hemrehabilitering tillämpas då patienten bedöms ha bättre möjlighet att uppnå rehabiliteringsmålen genom insatser i hemmiljön.

För patient med behov av samordnad rehabiliteringsinsats ska vårdgivaren verka för att rehabiliteringsprocessen sker samordnat med patientens övriga behandling eller stöd. Syftet med insatserna är att förbättra patientens aktivitets- och funktionsförmåga med målsättningen att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktion och tidigt åtgärda försämring av funktionstillstånd, samt skapa goda villkor för ett självständigt liv med aktivt deltagande i samhällslivet. Vårdgivaren ska arbeta utifrån ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv.

Primärvårdsrehabiliteringens basuppdrag utförs av legitimerad arbetsterapeut, legitimerad dietist och legitimerad fysioterapeut med eventuella tilläggstjänster kiropraktik, och kombinerad fysikalisk lymfödemterapi samt behandling i bassäng. Från och med 1 maj 2014 ingår även naprapati som tilläggstjänst.

De rehabiliteringsinsatser i bostaden/daglig verksamhet som ingår i Principöverenskommelsen § 11 är hemrehabilitering eller hembesök av arbetsterapeut och fysioterapeut.

Vårdgivare som har landstingets uppdrag att utföra insatserna dagtid vardagar är godkända enligt LOV (lagen om valfrihetssystem) och ingår i Vårdval Primärvårdsrehabilitering och Specialiserad fysioterapi. För närvarande finns för utförandet av primärvårdsrehabilitering 67 mottagningar och 90 mottagningar inom specialiserad fysioterapi.

2014-04-14

Specialiserad habilitering

Landstingets habiliteringsverksamhet utförs i huvudsak enligt HSL men den kan, om den enskilde så begär, utföras enligt LSS § 9.1 (avser endast insatsen råd och stöd). I Stockholms län finns dels lokala habiliteringscenter men även specialiserade länsövergripande verksamheter.

Habiliteringsverksamheten är en extra resurs inom hälso- och sjukvården som endast erbjuds barn, ungdomar och vuxna med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar såsom vid utvecklingsstörning, autismspektrumstörningar, rörelsenedsättning och flerfunktionsnedsättning. Verksamheten bedömer behov av insatser och ger råd, stöd och behandling till personer med funktionsnedsättningar med syfte att de ska bibehålla och utveckla sina förmågor för att kunna vara delaktiga i samhället och få en fungerande vardag.

Habiliteringens personal (arbetsterapeut, sjukgymnast, psykolog, kurator, logoped och specialpedagog) ger även vägledning kring funktionsnedsättningen till närstående, personens nätverk och berörda verksamheter kring en person med funktionsnedsättning, som till exempel förskola/skola, daglig verksamhet eller gruppbostad.

Den habiliteringsverksamhet som idag ingår i landstingets uppdrag omfattas inte av Principöverenskommelsen § 11.

Hjälpmedel

Utifrån landstingets modell för organisation av hjälpmedelscentralsverksamheten samt för verksamheten som hanterar förbrukningshjälpmedel kan hjälpmedel delas in i två huvudgrupper:

- Medicintekniska hjälpmedel
- Förbrukningshjälpmedel och näringsprodukter.

Medicintekniska hjälpmedel delas in i bashjälpmedel (enkla hjälpmedel) och hyrhjälpmedel (komplexa hjälpmedel).

Personer i behov av personligt förskrivna hjälpmedel på landstingets bekostnad kan få det förskrivet av exempelvis distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster som finns på bland annat husläkarmottagningar, inom primärvårdsrehabilitering och sjukhus. I vissa fall är förskrivningsrätten förbehållen läkare, dietister med flera.

Landstinget är enligt HSL skyldigt att tillhandahålla hjälpmedel till personer i länet för deras dagliga livsföring i hemmet och i närmiljön samt för vård och behandling. Landstinget och kommunerna har efter ÄDEL-reformen och 1994-års Handikappreform ett delat ansvar för hjälpmedel.

Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) och Stockholms läns landsting (SLL) har förtydligat ansvars- och kostnadsfördelning av framförallt medicintekniska hjälpmedel vilket finns reglerat i dokument daterat 1997-02-25 som verksamheterna fortfarande arbetar efter, se <http://www.hjalpmedelsguiden.sll.se/Ansvar/KSL-overenskommelse/> eller <http://www.ksl.se/svenska/overenskommelser.html>

2014-04-14

Sedan överenskommelsen tecknades 1997 har förändringar skett som gör att det finns ett behov av revidering av överenskommelsen. Arbete med detta är påbörjat. Framförallt är det problem kring hjälpmedel i bostad med särskild service, där det råder ständiga diskussioner mellan kommun och landsting kring personlyftar och lyftselar till dessa. Dessutom finns skrivningar såsom exempelvis "personligt förskrivna hjälpmedel" som kan förorsaka gränsdragningsproblem.

Nuvarande ansvarsfördelning för målgruppen i bostad med särskild service

Medicintekniska hjälpmedel (hyr- och bashjälpmedel) - kommunerna ansvarar för att tillhandahålla och kostnadsmässigt för arbetshjälpmedel definierat som alla typer av lyftar, t.ex. personlyftar, sänglyftar, toalettlyftar, rullstol med vårdaraggregat samt duschsängar inklusive alla tillbehör. Landstinget ansvarar förskrivnings- och kostnadsmässigt för övriga personligt förskrivna hjälpmedel.

Förbrukningshjälpmedel och näringsprodukter - kommunen ansvarar kostnadsmässigt för inkontinenshjälpmedel men förskrivning sker av distriktssköterska som arbetar på landstingets uppdrag. Landstinget ansvarar förskrivnings- och kostnadsmässigt för näringsprodukter, kompressionsmaterial, förbands- och sjukvårdsartiklar samt testmaterial vid diabetes.

Nuvarande ansvarsfördelning för målgruppen i daglig verksamhet

Daglig verksamhet ska på kommunens bekostnad vara utrustat så att brukarna kan vistas och delta i de aktiviteter som erbjuds. Om enstaka brukare kräver hjälpmedel utanför grundutrustningen kan dessa förskrivas som ett personligt hjälpmedel på landstingets bekostnad.

Landstingets kostnader idag

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens (HSF) har ingen särredovisning av kostnader för hälso- och sjukvårdsinsatser till målgruppen. Besök i boende med särskild service och daglig verksamhet ingår i de totala kostnaderna för basal hemsjukvård inom husläkaruppdraget inklusive kvälls- och nattpatrullernas verksamhet samt primärvårdsrehabilitering.

De kostnader som redovisas nedan är HSF kostnader för köpt vård 2013, det vill säga beställarens kostnad, inte faktisk kostnad hos vårdgivarna. Denna går inte att få fram, dels på grund av att många vårdgivare är privata och dels att den landstingsinterna verksamheten inom SLSO (Stockholms Läns Sjukvårdsområde) inte särredovisar kostnader för hemsjukvård.

I redovisade kostnader för basal hemsjukvård, primärvårdsrehabilitering och särskilda avtal ingår inte Norrtälje, som har eget kostnadsansvar för dessa områden och dessa särredovisas nedan. Inom hjälpmedelsområdet har däremot HSF fullt kostnadsansvar och kostnaderna för Norrtäljes befolkning ingår i redovisat belopp.

2014-04-14

Basal hemsjukvård

De uppgifter som finns inom basal hemsjukvård och som beräkningarna grundar sig på är kostnader och antalet besök av distriktssköterska/sjuksköterska/ undersköterska, antalet registrerade i hemsjukvård samt uppgifter från HSF-rapporten "Basal hemsjukvård – vad har hänt sedan 2008? Resultat från undersökning hösten 2010".

I rapporten framgick att sex procent av hemsjukvårdspatienterna avsåg boende med särskild service och daglig verksamhet. I rapporten har också konstaterats att antalet besök hos personer i boende i genomsnitt var cirka dubbelt så många som personer i eget boende.

Det totala antalet besök för distriktssköterska/sjuksköterska/undersköterska var 2 027 391 stycken år 2013. Sex procent av dessa (enligt rapporten ovan) motsvarar 121 643 besök.

Den totala kostnaden för basal hemsjukvård exklusive läkarinsatser uppgick 2013 till 487 miljoner kronor. Detta ger en kostnad per besök på 240 kronor.

121 643 besök x 240 kronor x 2 ger en beräknad kostnad på **58, 4 mkr.**

Primärvårdsrehabilitering

Inga kostnader kan heller särskiljas för primärvårdsrehabilitering. I det tidigare arbetet med projektet "Hemsjukvård 2015" beräknades kostnaderna för primärvårdsrehabilitering till 10 % av de totala kostnaderna som SLL räknat fram (exkl. hjälpmedel) för överföring till kommunerna.

I beräkningen för LSS förutsätts på samma sätt att kostnaderna för PV-rehab utgör 10 % av de totala kostnaderna.

Detta ger en beräknad kostnad på **5,8 mkr.**

Särskilda LSS-avtal (HSF)

SLL har särskilda avtal för vissa boenden med särskild service och daglig verksamhet, dessa kostnader ska medtas i beräkningen. Kostnaderna för år 2013 uppgick till **6,5 mkr.**

Särskilda avtal för andningshandikappade patienter (HSF)

SLL och kommunen har delat kostnadsansvar för andningshandikappade patienter. SLLs kostnader för dessa bör ingå i överföringen. Det finns i dagsläget 6 patienter inom boenden med särskild service och daglig verksamhet till en sammanlagd kostnad på **4,2 mkr.**

Hjälpmedel, inklusive Norrtälje

Här ingår kostnader för hyr-, bas- och förbrukningshjälpmedel samt hjälpmedel i daglig verksamhet. Beräkningen är grundad på faktiska kostnader för hyrhjälpmedel och hjälpmedel i daglig verksamhet. Kostnaderna har beräknats för bas- och förbrukningshjälpmedel enligt samma princip som för basal hemsjukvård, dvs 6 % av kostnader i basal hemsjukvård. (däremot tas inte dubbla kostnaden upp eftersom varje besök inte föranleder förskrivning av hjälpmedel).

2014-04-14

Beräknade kostnader per verksamhet, mkr

Hyrhjälpmedel	1,7
Bashjälpmedel	2,64
Förbrukningshjälpmedel	0,83
Daglig verksamhet	1,6
Totalt	6,8

Totalt beräknade kostnader hjälpmedel är **6,8 mkr**.

Norrtälje, exklusive hjälpmedel

En separat beräkning har gjorts av Tiohundraförvaltningen, beräknad kostnad för basal hemsjukvård och primärvårdsrehabilitering är **2,3 mkr**.

Totalt beräknade kostnader för boenden med särskild service och daglig verksamhet inom SLL 2013

Verksamhet	Beräknad kostnad 2013, mkr
Besök inom LSS-boende/daglig verksamhet	58,4
Primärvårdsrehabilitering	5,8
Särskilda avtal LSS	6,5
Särskilda avtal andningspatienter	4,2
Norrtälje	2,3
Hjälpmedel	6,8
Totalt ber belopp SLL	84,0

2014-04-14

Varför en förändring av Principöverenskommelsen § 11?

Lidingö stad framförde i en skrivelse 2008-08-28 till KSL att en egen kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation i respektive kommun skulle kunna förbättra tillgängligheten, kontinuiteten och samordningen av hälso- och sjukvården och omvårdnaden för personer med funktionsnedsättning. Ett antal kommuner har också hemställt hos KSL om att medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar i § 11 i Principöverenskommelsen tas bort.

Presidiegruppen gav 2009 KSL-kansliet och HSN-förvaltningen i uppdrag att utreda frågan om samarbete mellan hemtjänst och hemsjukvård. Det handlade då främst om egenvård och delegeringar. Vid Presidiegruppens möte 2009-04-20 framgår att kartläggning samt förslag om hur hälso- och sjukvården i LSS boenden och daglig verksamhet fungerar och kan förbättras även ska ingå i utredningen.

I augusti 2009 redovisades till Presidiegruppen att tidigare utredningsarbete numera sågs som ett eget uppdrag, d.v.s.

- Kartläggning av hur hälso- och sjukvården i LSS boenden och daglig verksamhet fungerar och kan förbättras inklusive medicinskt ansvarig sjuksköterskas ansvar i särskilt boende enligt LSS.

En arbetsgrupp med representanter från Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, ett par kommuner och KSL presenterade ett diskussionsunderlag på en kommundialog den 2 juni 2010.

KSL:s vård- och omsorgsberedning beslutade 2010-09-23 att sända ut förslaget på remiss till kommunerna.

Förslaget från arbetsgruppen efter kommundialog 2010

Arbetsgruppen föreslog att § 11 i Principöverenskommelsens skulle upphöra att gälla, och att detta kunde ske i samband med en kommunalisering av hemsjukvården. I avvaktan på detta föreslogs att landstinget skulle sluta med kommunerna om utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser motsvarande basal hemsjukvård (exklusive läkarinsatser) målgruppen enligt Principöverenskommelsen § 11. Förslaget skickades ut på remiss till samtliga kommuner. Ett flertal kommuner sade i sina remissvar att man vill avvakta den väntade kommunalisering av hemsjukvård, varför avtal enligt ovan aldrig kom till stånd.

Hemsjukvård 2015

I arbetet med "Hemsjukvård 2015" och det förslag på inriktning som antogs av Presidiegruppen juni 2012 framgår att:

I samband med en huvudmannaskapsförändring kommer även Stockholms läns särskilda överenskommelse (principöverenskommelsen § 11) gällande hälso- och sjukvårdsinsatser till personer i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS att förändras. Det innebär att kommunerna själva får organisera och ansvara för hälso- och sjukvårdsinsatserna (exklusive läkarinsatser) som även inkluderar rehabilitering och habilitering.

2014-04-14

Landstinget utför idag dessa insatser enligt normaliseringsprincipen, vilket innebär att huvudregeln är att individerna besöker sin öppenvårdsmottagning för hälso- och sjukvårdsinsatser. Den som inte kan ta sig till mottagning erhåller hemsjukvård eller får så kallade hembesök. Denna princip föreslås gälla även efter en förändring av Principöverenskommelsens § 11.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i september 2013 att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att utarbeta förslag till organisation av den framtida hemsjukvården. Detta med anledning av att det gemensamma arbetet med Hemsjukvård 2015 (via landstinget och Kommunförbundet Stockholms län) identifierat komplikationer som omöjliggör en förändring av ansvaret för hemsjukvård under 2015. I uppdraget med att ge förslag på den framtida hemsjukvården inkluderas även hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som bor i LSS bostad med särskild service och daglig verksamhet.

Det nya uppdraget

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och KSL-kansliet har diskuterat fortsatt arbete för hemsjukvård utifrån den förändrade inriktningen av "Hemsjukvård 2015". Detta har utmynnat i ett gemensamt projekt för hälso- och sjukvårdsinsatser i LSS boenden inklusive daglig verksamhet och hur § 11 i principöverenskommelsen ska hanteras. Uppdraget ska presentera ett förslag på definition av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som respektive huvudman ska ansvara för utifrån HSL. Det gäller vilka hälso- och sjukvårdsinsatser i LSS bostäder och daglig verksamhet som ska ingå i respektive huvudmans ansvar där även frågor kring hjälpmedel, rehabilitering och habilitering behöver definieras. Landstingets kostnader för insatserna som utförs ska redovisas och en skatteväxlingsnivå beräknas.

Syfte med upphörande av § 11 i Principöverenskommelsen

§ 11 innebär att kommunerna har det juridiska ansvaret (huvudmannaskapet), men att landstinget ansvarar för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatserna. Syftet med föreslagen förändring är att kommunerna också ska ansvara för att hälso- och sjukvårdsinsatserna utförs.

Förutsättningar och avgränsningar

Den hälso- och sjukvård som utförs idag av landstinget ligger till grund för vad som ska överföras från landstinget till kommunerna. Det innebär att de hälso- och sjukvårdsinsatser som i dag utförs av landstinget på primärvårdsnivå (basal hemsjukvård inklusive enstaka hembesök och primärvårdsrehabilitering) i bostad med särskild service och i daglig verksamhet samt förskrivning och kostnadsansvar för vissa hjälpmedel till målgruppen ska överföras. Insatser av läkare och inom landstingets uppdrag för specialiserad habilitering är inte berörda av förändringen.

Utgångspunkten för arbetet är ett tydligt patient/brukarfokus.

2014-04-14

Grunden för de beräkningar av skatteväxlingsnivå som föreslås bygger dels på den ersättning som landstinget 2013 gav sina utförare av hälso- och sjukvårdsinsatserna, dels på uppräknat effektivt skatteunderlag 2013.

Överföring av hälso- och sjukvårdsinsatser från landstinget till kommunerna – förslag

Arbetsgruppen föreslår att § 11 i Principöverenskommelsen från 1994 upphör.

Förändringen föreslås träda i kraft den 1 oktober 2015 och finansieras genom en skatteväxling fr.o.m. den 1 januari 2016.

Finansieringen under perioden 1 oktober 2015 till den 31 december 2015 sker med ett bidrag från landstinget till kommunerna motsvarande en fjärdedel av skatteväxlingen.

Målgrupp

Individer som har beslut om bostad med särskild service och/eller daglig verksamhet (LSS § 9.8, § 9.9 och § 9.10) i kommunen och som är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i boendet eller den dagliga verksamheten samt de som har behov av hjälpmedel (medicintekniska och förbrukningshjälpmedel samt näringsprodukter).

Normaliseringsprincipen

Om individ tillhörande målgruppen önskar få hälso- och sjukvårdsinsatsen i öppenvård (inom husläkarverksamhet och primärvårdsrehabilitering) kan de välja, eller få hjälp att välja, alternativ i linje med övrig befolkning. För övriga hälso- och sjukvårdsinsatser har målgruppen tillgång till dessa i likhet med övriga invånare.

Hälso- och sjukvårdsinsatser

Kommunen ansvarar för de insatser som målgruppen är i behov av. Det är hälso- och sjukvård som utförs av distriktssköterska, sjuksköterska eller undersköterska. I ansvaret ligger även alla kostnader för sårvårdsmaterial. Landstinget ansvarar för läkarinsatserna för målgruppen oavsett var de utförs.

Lokala riktlinjer i varje kommun bör utarbetas gällande samarbete mellan de olika vårdgivarna som arbetar på huvudmännens uppdrag för målgruppen. Detta bl a med syfte att säkerställa informationsöverföring och patientsäkerhet.

Kommunen utför rehabilitering och habilitering i boendet/daglig verksamhet för målgruppen och prioriterar behovet. Specialiserad habilitering ansvarar landstinget för (se bilaga för ansvarsfördelning).

2014-04-14

Hjälpmedel

Medicintekniska hjälpmedel för målgruppen

Kostnadsansvaret för medicintekniska hjälpmedel fördelas efter respektive huvudmans medicinska-, behandlings- och omvårdnadsmässiga ansvar. Föreskrivning sker främst av den huvudman som har kostnadsansvaret, men föreskrivning kan också ske av den som inte har kostnadsansvaret, s.k. förtroendeföreskrivning. Medicintekniska hjälpmedel delas in i bashjälpmedel och hyrhjälpmedel.

Bashjälpmedel

Bashjälpmedel är enkla hjälpmedel, t ex rollatorer, duschpallar, madrasser toaförhöjningar, förhöjningsdynor och tyngdtäcken. Vid föreskrivning till målgruppen faller kostnadsansvaret på kommunen. En beskrivning av bashjälpmedel kommer att utarbetas.

Hyrhjälpmedel

Hyrhjälpmedel är mer komplexa hjälpmedel. Ansvaret definieras på funktionsnivå (med funktion avses produkten inklusive alla tillbehör som ska tillgodose behovet av en funktion) och fördelas enligt nedan.

Kommunens kostnadsansvar för hyrhjälpmedel är inom områdena sängar, madrasser, alla typer av lyftar, hygien (bad, dusch, toa), transportrullstolar, vårdaraggregat till rullstolar, vårdarstyrda elrullstolar samt larm (ej epilepsilarm).

Landstinget har kostnadsansvar för övriga hyrhjälpmedel

Hjälpmedel i daglig verksamhet

Kommunerna har ansvar för att det i daglig verksamhet finns den utrustning och de hjälpmedel som krävs för att personerna ska kunna vistas och delta i arbetet på den dagliga verksamheten.

Landstinget har kostnadsansvar för hjälpmedel som är specialanpassade för den enskilda brukaren.

Förbrukningshjälpmedel och näringsprodukter

Till förbrukningshjälpmedel räknas förbands- och sjukvårdsartiklar, kompressionsmaterial, inkontinenshjälpmedel, näringsprodukter och testmaterial vid diabetes.

Kommunen har kostnads- och föreskrivningsansvar för inkontinenshjälpmedel, förbands- och sjukvårdsartiklar samt kompressionsmaterial.

Landstinget har kostnads- och föreskrivningsansvar för testmaterial vid diabetes samt näringsprodukter.

Övriga hjälpmedel

Landstinget har kostnadsansvaret för personligt föreskrivna hjälpmedel till barn och ungdomar till och med 17 år samt personligt föreskrivna hjälpmedel inom områdena hörsel-, syn- och ortopedtekniska samt kosmetiska hjälpmedel.

2014-04-14

Hälso- och sjukvårdsinsatser efter att § 11 Principöverenskommelsen upphör

Arbetsgruppens förslag innebär följande ansvarsfördelning för personer som bor i bostad med särskild service eller har daglig verksamhet.

Kommunens ansvar

- Hälso- och sjukvårdsinsatser inklusive rehabilitering och habilitering som sker i bostaden respektive daglig verksamhet.
- Förskriva läkemedel i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.
- Förskrivnings- och kostnadsansvar för inkontinenshjälpmedel, förbands- och sjukvårdsartiklar, kompressionsmaterial, bashjälpmedel samt för vissa definierade hyrhjälpmedel.
- Ansvar för att legitimerad personal i verksamheten svarar för att information ges till patientens läkare om aktuell status.
- Uppmärksammar behov, initierar och deltar i vårdplanering.

Landstingets ansvar

- Alla läkarinsatser (inklusive besök i boendet/daglig verksamhet)
- All övrig vård på "specialiserad nivå" som sker i boendet och daglig verksamhet och som ingår i uppdragen för avancerad sjukvård i hemmet (ASiH), specialiserad palliativ vård och specialistpsykiatri.
- Specialiserad rehabilitering (exempelvis inom uppdragen för neuroteam samt inom neurologi, onkologi och lymfödem)
- Logopedi
- Hörsel- och synrehabilitering.
- Specialiserad habilitering. Insatser kan vara av utredande eller behandlande karaktär. Kunskapsöverföring till kommunens personal, som utför habilitering i vardagen, avseende funktionsnedsättningar och konsekvenserna av dessa hos den enskilde.
- Kostnadsansvar för näringsprodukter och testmaterial för diabetes samt för vissa definierade hyrhjälpmedel.
- Förskrivnings och kostnadsansvar för synhjälpmedel, hörselhjälpmedel, ortopedtekniska hjälpmedel samt kosmetiska hjälpmedel
- Fotsjukvård
- Dietetik
- Ansvar för att legitimerad personal i landstingets verksamhet ger information till legitimerad personal i kommunens verksamhet om beslutade insatser och aktuell status
- Uppmärksammar behov, initierar och deltar i vårdplanering
- Har kostnadsansvar för läkemedel och förbrukningsartiklar som omfattas av läkemedelsförmånen, förskrivna enligt lagen om läkemedelsförmåner (2002:160) till enskild patient

2014-04-14

- För kostnaderna för provtagningsmateriel (provtagningsrör och tillhörande nålar) för ordinerade prover och där provet tas av personal verksamma på kommunens uppdrag
- För vårdhygienisk experthjälp till kommunerna. Länets kommuner köper idag vårdhygienisk smittskyddskompetens från landstinget vad avser vård- och omsorgsboenden för äldre. Motsvarande samverkansavtal behöver upprättas vad avser denna målgrupp.

Finansiering av förändringen

Finansieringen av att kommunerna fortsättningsvis ska utföra hälso- och sjukvård till målgruppen i bostad med särskild service och i daglig verksamhet bygger på landstingets beräkningar av kostnader för 2013.

Stockholms läns landsting har utfört hälso- och sjukvård för målgruppen sedan 1994. I övriga riket är det kommunerna som utfört hälso- och sjukvården alltsedan kommunerna blev huvudmän.

Skatteväxling

Kommunernas övertagande finansieras med en skatteväxling, vilket innebär att landstinget sänker skattesatsen med två öre och kommunerna höjer sina skattesatser med motsvarande. Stockholms läns landstings ersättning till utförarna i denna verksamhet beräknades 2013 uppgå till ca 84 miljoner kronor. Två öre motsvarar 94,6 miljoner kronor på årsbasis (2013).

Skatteväxlingen föreslås ske den 1 januari 2016. Om kommunerna tar över verksamheten före den 1 januari 2016 ska Stockholms läns landsting ersätta kommunerna. Ersättningen ska beräknas som $1/365$ per dag multiplicerat med värdet av två öre i utdebitering beräknat på 2015 års effektiva skatteunderlag.

Om kommunerna tar över verksamheten den 1 oktober 2015, ska Stockholms läns landsting således ersätta kommunerna med $92/365$ -delar av värdet av två öre i utdebitering beräknat på 2015 års effektiva skatteunderlag. Detta motsvarar cirka 25 miljoner kronor. Betalningen skall göras senast den 30 november 2015 och fördelas enligt respektive kommuns folkmängd den 1 november 2014.

Nationellt utjämningsystem

Första januari 2004 infördes ett nationellt utjämningsystem för LSS-insatser. Kostnaderna för kommunerna i övriga län motsvarar 83 procent av rikets kostnad. Eftersom kommunerna i övriga län har utfört hälso- och sjukvårdsinsatserna inom LSS-boenden och inom daglig verksamhet, har 83 procent av denna kostnad ingått i kostnaden för varje insats, som sedan utjämnats i det nationella utjämningsystemet. Detta har också gällt för kommunerna i Stockholms län.

2014-04-14

Hälso- och sjukvårdsinsatserna inom LSS utgör knappt två procent av hela kostnaden för insatserna boende barn, boende vuxna och daglig verksamhet. När också kommunerna i Stockholms län, som står för 17 procent av rikets kostnad, kommer att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser, kommer volymen i det nationella utjämnningssystemet för aktuella insatser att öka med 0,3 procent (2 procent av 17 procent).

Eftersom utjämnningssystemet för LSS-insatser också tar hänsyn till vårdtyngden, via det s.k. personalkostnadsindexet, kommer inte skillnader i vårdtyngd att bli märkbara mellan kommunerna.

2014-04-14

Bilaga 1

Förtydligande kring vad är bashabilitering respektive specialiserad habilitering

Enligt Socialstyrelsen definition är *habilitering* insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

I förslaget är kommunens *bashabilitering* benämnd som habilitering i vardagen och *specialiserad habilitering* är de insatser som ges av landstingets habiliteringsverksamhet.

Utifrån brukarperspektiv är det omöjligt att på gruppnivå definiera bas- och specialisthabilitering. Samverkan krävs i varje enskilt fall, vem som ansvarar för vilka insatser framkommer i den samordnade planeringen.

Landstingets ansvar omfattar alla som tillhör målgruppen oberoende av boendeform, d.v.s. även de som har dagligverksamhet och/eller särskilt boende.

Kommunen ansvarar för:

- habilitering i vardagen utförs av kommunal personal i daglig verksamhet, särskilt boende, hemtjänst och andra stödformer i ordinärt boende
- att kommunens arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor stödjer och är delaktiga i kommunens ansvar för habilitering i vardagen, utifrån den enskildes behov
- verksamhetsstöd, utbildnings- och fortbildningsinsatser som normalt ligger inom ramen för arbetsgivaransvaret för att garantera en verksamhet utifrån behov hos personer med funktionsnedsättningar.
- att uppmärksamma, initiera och förmedla kontakt med landstingets habiliteringsverksamhet då behov föreligger
- uppmärksamma behov, initiera och delta i samordnad planering
- tillsammans med landstingets habiliteringsverksamhet planera och genomföra utbildningsinsatser.

Landstinget ansvarar för:

- tvärprofessionella specialisthabiliteringsinsatser enligt HSL till barn, ungdomar och vuxna, oberoende av boendeform och sysselsättning, som har behov av sådana insatser. Insatser kan vara av utredande eller behandlande karaktär.
- kunskapsöverföring till kommunens personal, som utför habilitering i vardagen, avseende funktionsnedsättningar och konsekvenserna av dessa hos den enskilde.
- att uppmärksamma behov, initiera och delta i samordnad planering
- att tillsammans med kommunen planera och genomföra utbildningsinsatser.

Effekter av övertagande av sjukvård inom LSS inom Stockholms län (exkl läkarinsatser)							
Kommun	Folkmängd den 1 nov 2013	Antagen kostnads ökning, fördelat per boende vuxna, kronor	Intäkt skatte- växling om 2 öre, kronor	Intäkt från personalkostnads index, kronor	Effekt p.g.a. systemets volymökning med 0,24 %, kronor	Total effekt kronor	Total effekt i kr/invånare
		23 943	43,8				
Länet	2 159 252	-94 600 000	94 600 000	56 287 000	-2 943 972	53 343 028	25
Botkyrka	87 357	-4 453 455	3 827 238	2 649 806	92 692	2 116 282	24
Danderyd	32 185	-1 125 335	1 410 072	669 575	-77 412	876 899	27
Ekerö	26 309	-1 987 294	1 152 636	1 182 440	96 812	444 594	17
Haninge	80 804	-3 471 779	3 540 142	2 065 709	-110 946	2 023 125	25
Huddinge	102 276	-4 166 135	4 480 862	2 478 850	-223 888	2 569 689	25
Järfälla	69 035	-3 854 872	3 024 525	2 293 649	-87 969	1 375 333	20
Lidingö	45 104	-2 537 990	1 976 072	1 510 104	-2 227	945 960	21
Nacka	94 358	-2 968 970	4 133 963	1 766 537	-259 564	2 671 966	28
Norrtälje	56 796	-4 118 249	2 488 316	2 450 358	30 497	850 922	15
Nykvarn	9 512	-622 526	416 735	370 403	9 797	174 409	18
Nynäshamn	26 743	-1 221 109	1 171 650	726 560	-38 844	638 258	24
Salem	15 987	-742 242	700 414	441 634	-17 319	382 487	24
Sigtuna	43 218	-1 987 294	1 893 444	1 182 440	-73 403	1 015 186	23
Sollentuna	68 006	-3 016 856	2 979 443	1 795 030	-84 531	1 673 084	25
Solna	72 813	-1 963 351	3 190 044	1 168 194	-287 469	2 107 418	29
Stockholm	896 439	-31 030 524	39 274 309	18 463 162	-2 090 693	24 616 253	27
Sundbyberg	42 338	-1 245 052	1 854 890	740 806	-142 810	1 207 834	29
Södertälje	90 775	-8 691 420	3 976 986	5 171 395	484 664	941 625	10
Tyresö	44 095	-2 226 727	1 931 867	1 324 903	-37 813	992 229	23
Täby	66 268	-2 322 501	2 903 298	1 381 888	-114 181	1 848 504	28
Upplands Väsby	41 386	-2 609 820	1 813 181	1 552 843	20 967	777 171	19
Upplands-Bro	24 595	-1 077 449	1 077 543	641 082	-42 796	598 380	24
Vallentuna	31 531	-2 274 614	1 381 419	1 353 395	50 531	510 731	16
Vaxholm	11 178	-383 093	489 725	227 940	-36 734	297 838	27
Värmdö	39 727	-1 652 088	1 740 498	982 992	-83 902	987 501	25
Österåker	40 417	-2 849 253	1 770 728	1 695 306	82 569	699 350	17



Yrkande i ärende nr

Sammanträde den

Ingivet av

YRKANDE

□



Yrkande i ärende nr

Sammanträde den

Ingivet av

YRKANDE



2014-10-07

TJÄNSTESKRIVELSE
SÄN 2013/211-779

Social- och äldre nämnden

Samverkansavtal om verksamhetsförlagd utbildning

Förslag till beslut

Social- och äldre nämnden föreslår kommunstyrelsen att inte teckna samverkansavtal med lärosäten med vårdutbildningar på högskolenivå i Stockholms län om den verksamhetsförlagda utbildningen.

Sammanfattning

Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) har skickat en rekommendation att länets kommuner ska anta ett samverkansavtal om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom vårdområdet på högskolenivå. Avtalet gäller kommunens samtliga särskilda boenden för äldre, såväl privata som kommunala. Den verksamhetsförlagda utbildningen avser sjuksköterskeprogrammet, arbetsterapeutprogrammet och fysioterapeutprogrammet. Anledningen till rekommendationen är att det råder brist på praktikplatser.

Att teckna avtalet innebär en kostnad för en VFU-samordnare vilket det i nuläget inte finns ekonomiskt utrymme för inom myndigheten. I kundvalsvillkoren för att bli auktoriserad anordnare av särskilt boende för äldre i Nacka kommun finns i nuläget inte något krav på att anordnarna ska ta emot studenter. Några anordnare har redan egna avtal och kan därför inte ta emot ytterligare studenter. Social- och äldre nämnden bör därför föreslå att kommunstyrelsen inte tecknar detta samverkansavtal.

Ärendet

KSL har skickat en rekommendation att länets kommuner ska anta ett samverkansavtal om verksamhetsförlagd utbildning (VFU) på särskilda boenden för äldre och avser VFU inom sjuksköterskeprogrammet, arbetsterapeutprogrammet och fysioterapeutprogrammet. Anledningen till rekommendationen är att det råder brist på praktikplatser.

I samverkansavtalet ställs krav på att varje kommun ska ha en VFU-samordnare. Denne ska placera studenterna med hänsyn till deras önskemål och behov i både de kommunala och privata boendena. Krav på samordnare innebär en kostnad för kommunen och att kommunen ska skapa förutsättningar för genomförande av utbildningsuppdraget.

Kommunen ska vara beredd att ta emot en vårdstuderande under minst 6 veckors VFU per heltidsbefattning och år inom den omsorgsverksamhet som kommunen ansvarar för.

Lärosätena ersätter verksamheterna med 1 468 kronor per student och vecka, räknat i 2013 års priser (3-5 dagar = 1 vecka, kortare tid ersätts per dag: 1 dag = 1/4 vecka, 2 dagar = 2/4 vecka).

Flera av de privata anordnarna av särskilt boende för äldre i Nacka har redan egna avtal med utbildningsanordnare om VFU och kan därför inte ta emot flera studenter. I villkoren för att bli godkänd anordnare av särskilt boende för äldre i Nacka kommun finns i nuläget heller inte något krav på att anordnarna ska ta emot studenter.

Grund för beslutet

Tecknar kommunen avtalet innebär det en kostnad för en VFU-samordnare vilket det i nuläget inte finns ekonomiskt utrymme för.

I villkoren för att bli auktoriserad anordnare av särskilt boende för äldre i Nacka kommun finns i nuläget inte något krav på att anordnarna ska ta emot studenter. Eftersom några av de särskilda boendena för äldre redan har egna avtal med utbildningsanordnare om att ta emot studenter på VFU kan de inte ta emot de ytterligare studenter som skulle bli effekten av att teckna detta avtal.

Ekonomiska konsekvenser

Genom att inte teckna avtalet blir det ingen kostnad för en VFU-samordnare för kommunen.

Bilagor

1. KSL rekommendation, 2014-06-12
2. Utbildningsprogram, version 2013-04-08
3. Struktur för pedagogisk kompetens, beslutad 2013

Anne-Lie Söderlund
Enhetschef
Äldreenheten

Yvonne Holmström
planerare/utvecklare
Sociala kvalitetsenheten

Gunilla Hjelm-Wahlberg

För kännedom:
Socialnämnd eller motsvarande
Förvaltningschef inom socialtjänsten eller motsvarande

Kommunstyrelserna i Stockholms län

Samverkansavtal mellan länets kommuner och lärosäten med vårdutbildningar på högskolenivå i Stockholms län om den verksamhetsförlagda utbildningen

KSLs rekommendation

KSLs styrelse beslutade vid sitt sammanträde den 12 juni 2014 att rekommendera länets kommuner att anta samverkansavtal om verksamhetsförlagd utbildning inom vårdområdet.

Ärendebeskrivning

Behov av personal med högskoleutbildning ökar inom kommunal vård och omsorg. Boende på särskilda boendeformer kräver mera hälso- och sjukvårdsinsatser.

Sociala välfärdsberedningen beslutade den 2 februari 2013 att uppdra åt KSL-kansliet att tillsammans med Centrum för klinisk utbildning (CKU) ta fram förslag på ett länsövergripande avtal om verksamhetsförlagd utbildning (VFU).

CKU har ett länsövergripande samordningsansvar för VFU avseende högskoleutbildningar inom vård och omsorg. CKU ser att behovet av kliniska utbildningsplatser ökar och önskar avtal med kommunerna om praktikplatser.

Syftet med avtalet är att stärka den verksamhetsförlagda utbildningens kvalitet, bidra till vårdgivarnas kompetensutveckling och stimulera till gemensamma forsknings- och utvecklingsarbeten.

Genomförande

Ett förslag till avtal har arbetats fram mellan projektledare från KSL och CKU. Som förlaga har KSLs länsövergripande samverkansavtalet om den verksamhetsförlagda delen av lärarutbildningen använts.

Projektet startade med en samverkanskonferens med företrädare från högskolorna, kommunerna och privata aktörer i november 2012. Projektledaren träffade därefter 10 kommuner, alla stadsdelar och samtliga FoU-enheter för en nulägesbeskrivning och för att efterfråga behovsbilden.

En tjänstemannaremiss gick ut till hela länet mellan 25 juni-31 september 2013. 19 av länets kommuner svarade.

De flesta kommuner var övervägande positiva men hade synpunkter på att:

- antalet VFU-platser per tillsvidareanställd sjuksköterska är för högt.
- det innebär en ny kostnad att ha en VFU-samordnare i varje kommun.
- hur ska en AKA (adjungerad klinisk adjunkt) finansieras?
- hur hanteras de privata aktörerna när man inte skrivit in detta i förfrågningsunderlagen/avtalen?
- hur sjuksköterskorna kunskapsmässigt ska klara av att hantera ett ökat antal studenter?
- hur används FoUU (Forskning utbildning utveckling) enheterna?

Dialog och förankring

Förslaget har tagit hänsyn till de synpunkter som kom in och ytterligare samverkanskonferens genomfördes den 15 november 2013 med företrädare från kommuner, högskolorna och FoU-enheter för att förankra det föreslagna avtalet.

Ärendegång

Rekommendationen adresseras till kommunstyrelserna enligt den rutin som gäller vid beslut i KSLs styrelse. KSL överlåter till kommunen att fatta beslut enligt gällande delegationsordning.

Kommunerna ombeds meddela sina ställningstaganden genom att sända in protokollsutdrag eller annan beslutshandling.

Beslut om antagande är att likställas med undertecknande.

Svarsperiod

KSL önskar få kommunens ställningstagande senast den 1 december 2014 med e-post till registrator@ksl.se.

Alternativt till

Kommunförbundet Stockholms Län
Box 38145
100 64 STOCKHOLM

Hantering av originalavtal


1. KSL tar fram originalavtal som först undertecknas av högskolorna.
2. Kommunernas protokollsutdrag läggs som bilagor till originalavtalet.
3. När samtliga parter antagit avtalet skickas kopia på avtalet i sin helhet till samtliga parter.
4. Originalavtalet diarieförs och förvaras av KSL.

Frågor och information

Frågor med anledning av detta, välkommen att kontakta Gunilla Hjelm-Wahlberg, telefon 08-615 96 40, e-post gunilla.hjelm-wahlberg@ksl.se.

Med vänlig hälsning

KOMMUNFÖRBUNDET STOCKHOLMS LÄN



Elisabeth Gunnars
1:e vice ordförande



Madeleine Sjöstrand
Förbundsdirektör

Bilaga – Förslag till Samverkansavtal



Samverkansavtal om verksamhetsförlagd utbildning inom vårdområdet

Stockholms läns lärosäten och Stockholms läns kommuner är överens om att stärka och fördjupa den ömsesidiga samverkan för vårdutbildningarna. Med detta avtal fördjupas och stärks detta samarbete. I avtalet beskrivs samverkan och organisation av den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU).

§1 Parter

Detta avtal är tecknat mellan Stockholms läns kommuner och Karolinska Institutet, Ersta Sköndal Högskola, Röda Korsets Högskola och Sophiahemmet Högskola (nedan benämnda lärosäten) med vårdutbildningar i Stockholms län. Utbildningsprogram anges i bilaga 1.

§2 Syfte och intentioner

Samverkan syftar till att tillgodose behovet av VFU-platser, stärka den verksamhetsförlagda utbildningens kvalitet, bidra till vårdgivarens kompetensutveckling samt stimulera till gemensamma forsknings- och utvecklingsarbeten. Samverkan innefattar såväl VFU som handledarutbildning och dimensionering av vårdutbildningen i länet.

De lärosäten och kommuner som undertecknat detta samverkansavtal är intresserade av att samverka och skapa förutsättningar för ett gemensamt FoUU-arbete (Forskning, Utveckling, Utbildning) i syfte att utveckla verksamheten, samt verka för en ökad vetenskaplig kompetens hos vårdpersonal och ledning inom i första hand äldreomsorg.

Lärosätena ansvarar för att i dialog med kommunerna tillhandahålla nödvändig information om inriktning och lärandemål för den kliniska utbildningen, samt enligt överenskommelse bistå i nödvändig kompetensutveckling.

Utifrån dessa förutsättningar ansvarar kommunerna för att de kliniska utbildningsplatserna håller den kvalitet och inriktning som följer examenskrav för respektive utbildning.

I kommunens ansvar ovan ingår att säkerställa att alla vårdstuderande ska handledas *huvudsakligen* av vårdpersonal med för den vårdstuderandes examen rätt inriktning och ämne. Ambitionen är på sikt att alla handledare har genomgått handledarutbildning i enlighet med den pedagogiska kompetenstrappa som Centrum för Klinisk Utbildning (CKU) rekommenderar (bilaga 2). Under avtalsperiodens första två år är målsättningen att så många VFU-handledare som möjligt ska beredas möjlighet att genomgå i första hand en webbaserad introduktion och i andra hand en poängsatt utbildningsaktivitet (t ex motsvarande en veckas kurs). En tredje utbildningsnivå riktad till huvudansvarig handledare utgörs av *Högskolepedagogik för lärare och handledare i verksamhetsförlagd utbildning* 7,5 hp eller motsvarande kurs. I de flesta fall ges samtliga kurser på deltid samt med inslag av distansutbildning.

Ovanstående formuleringar rör huvudsakligen kompetensutveckling i pedagogik. En ambition är att inom ramen för detta samverkansavtal skapa möjligheter för berörda personalgrupper att utveckla även sina ämnesmässiga yrkeskompetenser, t ex inom geriatrik.

§3 Organisation

I samverkan mellan lärosäten och kommuner ska VFU-placering ske på sådant sätt att det säkerställs att varje student får en plats inom rätt verksamhetsområde samt med kompetent handledning. Lärosäte och kommun ska sträva efter att etablera en överbryggande pedagogisk struktur med hjälp av klinisk adjunkt och/eller lektor samt adjungerad klinisk adjunkt (s.k. AKA), med huvudsaklig placering i omsorgsverksamheten.

Respektive part i denna överenskommelse ska ha en tydlig VFU-organisation i den mening att övriga parter ska veta vem som är övergripande ansvarig för VFU-placeringar vid lärosäte och kommun (inkl privata entreprenörer).

Vid placeringen ska i möjligaste mån hänsyn tas till studentens resväg/restid till VFU-platsen. Dock är kravet på rätt ämne överordnat studentens preferenser avseende geografisk placering.

Inom ramen för detta avtal ingår VFU-platser hos kommunala vård- och omsorgsgivare, men avtalet syftar även till att framtida överenskommelser med privata entreprenörer som verkar enligt Lagen om Offentlig Upphandling (LoU) samt

Lagen om Valfrihetssystem (LoV) innehåller tydliga kravspecifikationer rörande utbildningsåtagande.

En viktig förutsättning för denna samverkan är att kommunerna ges tillgång till det webb-baserade verktyget Kliniskt PlaceringsProgram (KliPP) som används för effektiv och transparent administration av VFU-placeringar i hela Stockholms län (se bilaga 3). En fortsatt utveckling av KliPP bör ske i samverkan mellan parterna.

För bästa möjliga samverkan, kvalitet, planering, handledarutbildning, utvärdering av gällande avtal samt för inventering av uppslag till möjliga praxisnära forskningsprojekt ska lärosätena samverka sinsemellan och med kommunerna. Detta sker bland annat genom att CKU och KSL årligen anordnar en Samverkanskonferens mellan kommunala företrädare och högskolorna för uppföljning, utvärdering och dialog runt avtalet.

§4 Lärosätenas åtaganden

Det övergripande ansvaret för den kliniska undervisningen och ansvaret för examinationer åligger lärosätena.

Lärosätet ansvarar för att

- fortlöpande informera om utbildningsprogrammen till mottagande enheter inom kommunen genom att ge aktuellt information om innehållet i utbildnings- och kursplaner till handledare
- planering av den verksamhetsförlagda utbildningen görs i samarbete med företrädare för verksamheten
- kliniska lärare vid universitetet är tillgängliga för kontakt med såväl studenter som handledare,
- handledarträffar anordnas regelbundet

För nödvändig framförhållning så ska lärosätena senast 15 mars inför höstterminen och 15 september inför vårterminen meddela kommunerna om förläggning av VFU-perioder och det kommande behovet av VFU-platser inom de olika ämnesområdena. Detta sker företrädesvis via webbverktyget KliPP.

Uppgifter om studenter som gör studieuppehåll, studieavbrott eller på annat sätt inte kan delta i den beställda placeringen skall lämnas via KliPP senast två veckor innan placeringen börjar. Vid avbeställning senare än den ovan nämnda tiden, åtar sig lärosätet att utbetala ersättning till vårdgivaren i enlighet med § 6 nedan.

Lärosätena ska inom ramarna för denna överenskommelse erbjuda kommunerna (inklusive privata entreprenörer) möjligheter till fortbildning för personal inom vård/omsorg, samt medverka till att kommunerna får information om adekvata forsknings- och utvecklingsprojekt. Dessa insatser riktar sig huvudsakligen till vård- och omsorgspersonal med högskoleexamen eller motsvarande. En viktig ambition

med överenskommelsen är också att stimulera till nya gemensamma forsknings- och utvecklingsprojekt.

Omsorgspersonalens fortbildning ska i möjligaste mån vara kostnadsfri och rymmas inom CKU:s eller lärosätenas befintliga utbildningsuppdrag, t ex i form av fristående kurser. Vid behov inrättas ett övergripande Utbildningsråd för gemensam optimering av utbud och upplägg.

§5 Kommunernas åtaganden

Kommunen ska, utifrån utbildningarnas styrdokument (utbildningsplan samt kursplaner) och i samarbete med lärosätena, ansvara för genomförandet av VFU.

I samverkan och dialog med berörda lärosäten ställer kommunen det antal platser till förfogande som tillsammans med länets övriga avtalsskrivande kommuners platser motsvarar lärosätenas behov av VFU-platser inom omsorgsverksamhet. Rutiner för detta ska tas fram och revideras vid den gemensamma årliga Samverkanskonferensen.

Kommunen skall vara beredd att ta emot en vårdstuderande under minst 6 veckors VFU per heltidsbefattning och år inom den omsorgsverksamhet som kommunen ansvarar för. Detta innebär t ex att en enhet som har sjuksköterskor på två halvtidstjänster (= en heltidstjänst), bör ta emot en sjuksköterskestudent å 6 veckor under ett år.

Kommunerna ska svara för kontakter kring VFU-platser med sina privata entreprenörer som finns belägna i den egna kommunen och målsättningarna i detta samverkansavtal gäller även för de privata entreprenörerna.

Kommunerna ska utse övergripande VFU-samordnare och skapa förutsättningar för genomförande av utbildningsuppdraget och deltagande i handledarutbildning.

Via KIIPP ska kommunerna rapportera in uppgifter om tillgängliga platser. Inrapportering sker senast 1 mars för höstterminen och 1 september för vårterminen.

Ev större förändring av antal platser som står till förfogande, eller avbeställning av en placering, meddelas från omsorgsenheten till kommunens VFU-samordnare senast 4 veckor före placeringens första dag. VFU-samordnare ansvarar för att ny placering hittas.

För respektive kommun specificeras i huvuddrag antal VFU-platser inom olika verksamhet (se bilaga 4).

§6 Ekonomisk ersättning

Lärosätet ersätter verksamheten för dess åtagande avseende VFU med 1468 kr per student och vecka, beräknat i 2013 års priser (3-5 dagar = 1 vecka, kortare tid ersätts per dag: 1 dag=1/4 vecka, 2 dgr = 2/4 vecka). Detta överensstämmer med överenskommelse gällande för VFU inom Stockholms läns landsting. Utbetalning av ersättning sker mot faktura efter att placeringen har genomförts. Verksamheten lämnar faktureringsunderlag till lärosäten med betalningsvillkor på 30 dagar. Observera att fakturor till lärosätena ska faktureras terminsvis. Fakturan bör inkomma till lärosäten senast 15 juni för vårterminen och 15 december för höstterminen. Prisjustering sker årligen per den 1 januari med början den 1 januari år 2014. Ersättningsbeloppen till verksamheten ska, på samma sätt som görs för anslagen till universitet och högskolor avseende grundläggande högskoleutbildning och forskning/forskarutbildning, räknas upp till löpande års prisnivå med beaktande av besparingar eller utgiftsminskningar som riksdagen beslutar om för nämnda anslag.

Följande uppgifter ska finnas på fakturan:

- Postgiro-/bankgirokonto som pengarna ska betalas till
- Summan som ska betalas (obs! momsbefriat)
- Studentens namn och placering, praktikperiod
- Verksamhetens organisationsnummer, kontaktperson och telefonnummer

Kommunen är berättigad till ersättning oavsett om studenten godkänns vid examination eller inte, under förutsättning att man fullgjort sin del av avtalet. I de fall en student gör om en VFU-period utgår ersättning till verksamheten på lika villkor som för samma tidigare genomgångna ordinarie period.

Om studenten uteblir från VFU-placeringen utgår ändå ersättning till verksamheten för hela den avsedda VFU-perioden. För att slippa betala ersättning så måste lärosätet avbeställa en placering tidigare än 2 veckor före placeringens början.

§7 Samråd under avtalstiden

Lärosäten och kommunerna är överens om att upprätthålla en dialog om avtalet under avtalstiden. Detta sker via utsedd kontaktperson som utses av Kommunförbundet Stockholms län (KSL) och från lärosätena, vilka har hand om kontakter med respektive part och bereder frågor som kan dyka upp. Parterna är även överens om att inför den årliga Samverkanskonferensen följa upp VFU-verksamheten och hur avtalet fungerar samt även följa utvecklingen av Klipp.

§8 Avtalstid

Avtalet omfattar perioden 1 april 2014 - 31 december 2016 och förlängs med ett år i taget om ingen av parterna säger upp det. Uppsägning ska ske skriftligt senast den

30 juni för att uppsägningen ska träda i kraft vid respektive årsskifte. Om förutsättningarna för avtalet förändras under avtalsperioden ska nya förhandlingar upptas om någon av parterna begär det. Förändringar och tillägg gällande detta avtal ska göras skriftligen och undertecknas av parterna. Bilagor till avtalet kan uppdateras i samband med den årliga Samverkanskonferensen och ska omgående göras tillgängliga för samtliga avtalsparter.

Datum:

Karolinska Institutet_____
Underskrift_____
Namnförtydligande, titel

Datum:

Ersta Sköndal Högskola_____
Underskrift_____
Namnförtydligande, titel

Datum:

Röda Korsets Högskola_____
Underskrift_____
Namnförtydligande, titel

Datum:

Sophiahemmet Högskola_____
Underskrift_____
Namnförtydligande, titel

För kommunerna är beslut om antagande av samverkansavtal att likställas med undertecknande. Protokollsutdrag från kommunerna bifogas avtalet.

Bilaga 1

ERSTA SKÖNDAL HÖGSKOLA

Sjuksköterskeprogrammet

Specialistsjuksköterskeutbildning – vård av äldre

Magister-/Masterexamen i vårdvetenskap – palliativ vård

KAROLINSKA INSTITUTET

Audionomprogrammet

Arbetsterapeutprogrammet

Kompletterande utbildning för sjuksköterskor (m examen från land utanför EU/EES/Schweiz)

Logopedprogrammet

Sjuksköterskeprogrammet

Sjukgymnastprogrammet

Specialistsjuksköterskeprogrammet, Distriktssköterska

Specialistsjuksköterskeprogrammet, Onkologisk vård

Specialistsjuksköterskeprogrammet, Operation

Specialistsjuksköterskeprogrammet, Vård av äldre

RÖDA KORSETS HÖGSKOLA

Sjuksköterskeprogrammet

SOPHIAHEMMET HÖGSKOLA

Sjuksköterskeprogrammet

Magisterprogrammet i omvårdnadsvetenskap - inriktning demensvård

Magisterprogrammet i omvårdnadsvetenskap - inriktning diabetesvård

Magisterprogrammet i omvårdnadsvetenskap - inriktning palliativ vård

Omvårdnadsvetenskap med inriktning mot demensvård

Specialistsjuksköterskeprogrammet - inriktning vård av äldre

Struktur för pedagogisk kompetens kopplad till olika funktioner i VIL*

- för anställda medarbetare i hälso- och sjukvårdens verksamheter

Pedagogiska kompetensnivåer

Pedagogiska funktioner

Pedagogisk introduktion

2-3 tim (kunskap, lärande, reflektion, återkoppling)
Nätbaserat handledarstöd

Alla medarbetare på vårdenhet där studenter utbildas

Professionell rollmodell

Stödja studenters lärande i arbetet på vårdenheten

Examinerade korta riktade kurser

Förelädesvis påbyggbara och anpassade efter uppdraget (Stepping stones eller liknande)

Medarbetare med definierat undervisningsuppdrag

Handledare, seminarieledare, föreläsare, instruktör

Medicinska färdigheter, bedside, sit-in, reflektion, återkoppling, bedömning mm.

Högskolepedagogisk kurs

Högskolepedagogik för lärare/handledare i VFU om 7,5 hp eller motsvarande

Medarbetare med övergripande pedagogiskt uppdrag

T.ex. AKA, klinisk assistent, studentansvarig

Pedagogiska påbyggnadskurser, pedagogiska projekt mm

Anpassat innehållsmässigt efter uppdragets kompetensbehov

Pedagogiska ledare

Examinerande lärare, utbildningsledare, ämnesansvarig

ansvarig för övergripande planering och utveckling, examination mm.

* Verksamhetsintegrerat lärande (VIL)

Framtagen av beredningsgruppen för VIL (BG-VIL) och beslutad av Styrelsen för utbildning, KI 2013



Yrkande i ärende nr

Sammanträde den

Ingivet av

YRKANDE

□



Yrkande i ärende nr

Sammanträde den

Ingivet av

YRKANDE

Social- och äldre nämnden

Val av ersättare till social- och äldre nämndens socialutskott 2014

Förslag till beslut

Social- och äldre nämnden väljer Andreas Falk (S) som ersättare i social- och äldre nämndens socialutskott för 2014.

Social- och äldre nämnden förordnar Andreas Falk att fatta beslut med stöd av s.k. kompletterande beslutanderätt i lag.

Sammanfattning

På sammanträde den 17 december 2013 beslöt social- och äldre nämnden om ledamöter och ersättare i socialutskottet för 2014. Ersättare för Socialdemokraterna, Maria Fridstjerna, entledigades från sitt uppdrag i social- och äldre nämnden på egen begäran den 22 september 2014 enligt beslut av kommunfullmäktige. Socialdemokraterna har utsett Andreas Falk som efterträdare. Andreas Falk väljs som ny ersättare för Socialdemokraterna i social- och äldre nämndens socialutskott.

Enligt lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) har socialnämnden möjlighet att förordna ledamöter i nämnden att fatta beslut när nämnd eller beslut inte kan avvaktas s.k. kompletterande beslutanderätt.

Miria Montagner
Administrativ assistent/nämndsekreterare
Sociala kvalitetsenheten



Yrkande i ärende nr

Sammanträde den

Ingivet av

YRKANDE

□



Yrkande i ärende nr

Sammanträde den

Ingivet av

YRKANDE

Social- och äldre nämnden

Extra sammanträde för social- och äldre nämnden 2015

Förslag till beslut

Social- och äldre nämnden beslutar att hålla ett extra sammanträde den 7 januari 2015 kl 17.30.

Sammanfattning

Nämndens första ordinarie sammanträde äger rum 27 januari 2015. Dessförinnan behöver nämnden hålla ett extra sammanträde för att kunna välja ledamöter och ersättare till nämndens socialutskott 2015. Social- och äldre nämnden väljs på ett år i taget och det är endast den nytilträdde nämnden som kan besluta om valet till socialutskottet. Förslaget är att mötet hålls den 7 januari 2015 kl. 17.30.

Konsekvenser för barn

Sociala utskottets ledamöter har möjlighet att fatta vissa beslut enligt lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) när nämndens beslut inte kan avvaktas. Barn i akut behov av socialtjänstens insatser skulle kunna lida men om nämnden inte har utsett ledamöter och ersättare till socialutskottet.

Jane Harvey
Vik nämndsekreterare
Sociala kvalitetsenheten



2014-10-07

TJÄNSTESKRIVELSE
SÄN 2014/422-739

Social- och äldre nämnden

Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn av nämndens ansvar för äldres bedömda behov på särskilt boende

Förslag till beslut

Social- och äldre nämnden noterar informationen till protokollet.

Ärendet

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har under 2014 fått i uppdrag att genomföra tillsyn av socialnämndernas ansvar för särskilt boende för äldre enligt socialtjänstlagen (2001:453). IVO granskar att socialnämnderna säkerställer att den enskildes bedömda behov av stöd och hjälp tillgodoses. IVO utförde tillsyn på Nacka seniorcenter Sjötäppan och Nacka kommuns äldre enhet den 2 april 2014.

IVO bedömning har vid tillfället för inspektionen funnit brister avseende samverkan, beslut om biståndsinsatser samt uppföljning. Avseende samverkan följs inte beviljade beslut om bistånd upp utan enbart i enstaka fall.

I aktgranskning framkom det att nämnden inte fattar särskilda biståndsbeslut om vilka hemtjänstinsatser den enskilde ska ges i boendet. Brister i uppföljningen avsåg att den enskildes individuella bedömda behov inte kontinuerligt följs upp av nämnd. Uppföljningen från nämnd utgör en checknivå bedömning när boendet påkallar en sådan.

Social- och äldre nämndens socialutskott antog den 11 augusti 2014 ett yttrande till IVO. Av yttrandet framgår att social- och äldre nämnden kommer att verka för att de av IVO påpekade bristerna ska kunna åtgärdas. Under 2015 tillsätts resurser för detta arbete.

Ekonomiska konsekvenser

En så omfattande förändring av arbetssättet, som för närvarande berör 600 äldre som bor i särskilt boende kan inte genomföras med nuvarande resurser. Uppskattningsvis behövs två nya handläggartjänster på äldre enheten. Kostnaden för dessa är sammanlagt cirka en och en halv miljon kronor om året.

Bilaga

1. Beslut från IVO, 2014-07-08

Anders Fredriksson
Socialdirektör

Anne-Lie Söderlund
Enhetschef
Äldreenheten

Avdelning öst
Anna Hagelbäck
anna.hagelback@ivo.se

Social- och äldre nämnden i
Nacka kommun
131 81 Nacka

Ärendet

Tillsyn av nämndens ansvar för äldres bedömda behov på särskilt boende Sjöträppan och Nacka kommun

Beslut

Socialnämnden ska vidta följande åtgärd:

- Identifiera de processer där samverkan behövs för att tillgodose de äldres behov av stöd och hjälp när de flyttar in på det särskilda boendet, enligt 4 kap. 2, 5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Redovisning av vidtagna åtgärder ska vara Inspektionen för vård och omsorg tillhanda senast **den 1 september 2014**.

Bakgrund

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, har under 2014 fått i uppdrag att genomföra tillsyn av socialnämndernas ansvar för särskilt boende för äldre enligt socialtjänstlagen (2001:453). IVO ska granska att socialnämnderna säkerställer att den enskildes bedömda behov av stöd och hjälp tillgodoses.

Underlag för tillsynen

- Skriftlig redogörelse från socialnämnden
- Biståndsbeslut med utredning för fem personer boende på Sjöträppan
- Social dokumentation i fenomenförandet i form av genomförandeplaner och omvårdnadspersonalens löpande anteckningar för nämnda fem personer
- Intervju med omvårdnadspersonal vid Sjöträppan
- Intervju med social- och äldre nämndens ordförande, biträdande chef på äldre enheten, verksamhetschef på Sjöträppan, boendesamordnare och biståndshandläggare

Underlag som legat till grund för IVO:s beslut har faktagranskats av samtliga intervjuade.

Redovisning av tillsynen

Uppgifter lämnade vid intervjuerna

Överlämnande av uppdrag och information från beslutande nämnd till den som genomför insatsen

När biståndshandläggaren har fattat beslut om särskilt boende överlämnas ärendet till boendesamordnaren som erbjuder boende till kund. Samordnaren dokumenterar erbjudandet samt kundens inställning till erbjudandet. Nacka kommun har kundval och de flesta kunder gör ett till tre val. Verkställigheten kan ibland dröja på grund av den enskildes specifika önskemål om boende. När kunden flyttat in informeras boendesamordnaren som i sin tur informerar handläggaren. Handläggaren dokumenterar verkställigheten. Samordnaren översänder utredning och beslut samt vårdresursmätning till boendet. Därefter informerar sjuksköterskan berörd omvårdnadspersonal om aktuell kund. Av utredning och beslut framgår den enskildes omvårdnadsbehov. Insatserna är dock inte specificerade, utan beslutet är att se som ett så kallat rambeslut. Vid inflyttning till boendet tas kund emot av ett team bestående av sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och undersköterska.

Nacka kommun har i dagsläget inget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Kommunen håller på att införa ett nytt verksamhetssystem som är processtyrt och ett ledningssystem kommer att tas fram i anknytning till detta. Nämnden har dock rutiner och riktlinjer för handläggningsprocessen, som omfattar samtliga för verksamheten nödvändiga processer.

Planering och utförande av insatser

När en ny kund har flyttat in till boendet genomförs, inom två veckor, ett vårdplaneringsmöte. Förutom utredning och beslut ligger även vårdplaneringsmötet till grund för upprättandet av genomförandeplan. Utredning och beslut innehåller viss inaktuell information varför personalen under den första tiden behöver komplettera informationen genom att lära känna kunden. Hänsyn tas till den enskildes önskemål och behov. Kunden och/eller anhörig är med och lämnar synpunkter på planen samt undertecknar den. Nattpersonalen bidrar med uppgifter till planen om kundens omvårdnadsbehov avseende nattetid. Av genomförandeplanen framgår den enskildes behov av stöd och hjälp med t.ex. måltider och förflyttningar. Planen lyfter även fram den enskildes önskemål om specifik personal vid olika omvårdnadssituationer, till exempel dusch. Av planen framgår såväl när insatserna ska ges som hur de ska

utföras samt mål med insatserna. Planen ses som ett arbetsverktyg och läses framför allt när revideringar genomförs. Planen fungerar även som ett stöd för vikarier för att öka förståelsen för kundens behov. Personalen dokumenterar avvikelser i de fall de inte hinner med att utföra en insats. Avvikelse överlämnas till sjuksköterska och verksamhetschef samt tas upp i verksamhetens kvalitetsråd.

Nämnden anser sig ha god kunskap om läget på kommunens särskilda boenden. Nämndmöten förläggs till viss del på de olika boendena för att på så sätt besöka och hålla nämnden informerad om verksamheten. Detta gäller såväl enskilda verksamheter som boenden i egen regi. Nämnden anser att kunden har möjlighet att bestämma och vara delaktig i insatsernas utformning.

Uppföljning

I Nacka kommun finns politiskt beslutade ersättningsnivåer, så kallade checknivåer. Nivåerna är kopplade till kundernas omvårdnadsbehov. Checknivåerna bestäms utifrån en manual och en höjning av checknivå, på grund av ökade omvårdnadsbehov, kan ge möjlighet till utökade resurser på boendet. Bedömning av checknivå sker inför flytt till särskilt boende samt av boendesamordnaren tre månader efter inflyttningen, för att fastställa adekvat checknivå.

Förutom den uppföljning som nämnden gör sker såväl övergripande som individuell uppföljning i verksamheten där upprättad genomförandeplan följs upp minst två gånger per år. I verksamheten sker det vid så kallade omvårdnadsmöten. Vid omvårdnadsmötena, som hålls månatligt, går omvårdnadspersonal, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal igenom de kunder som fått ändrade behov. Biståndshandläggaren/boendesamordnaren tar inte del av förändringar i genomförandeplanen om de inte avser förändringar i kundens vårdbehov som kan leda till en förändring i checknivån. Uppföljning av nämndens upprättade rutiner för handläggning genomförs två gånger om året. Detta sker genom kollegial granskning utifrån en systematiserad enkät.

Nämnden genomför årliga uppföljningar när det gäller utbildningsnivå hos personalen, genomförandeplaner och bemanning nattetid. På individnivå sker årliga brukarundersökningar där frågor som upplevd trygghet, måltider, aktiviteter och möjlighet för den enskilde att påverka insatsernas utformning ingår. Uppföljningarna ger underlag för justering av personalens schema samt behov av kompetensutveckling. Eventuellt inkomna synpunkter och klagomål tas till vara och återkopplas till kund inom två dagar.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:12) om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden

Nämnden är väl medveten om ikraftträdande av föreskriften SOSFS 2012:12 – om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden, förberedelser pågår.

Dokumentationsgranskning

Biståndsutredning och biståndsbeslut

Av det granskade materialet framgår att biståndsbeslut och utredning finns. Besluten innehåller ingen detaljerad information om de insatser som den enskilde har beviljats utan är att se som ett så kallat rambeslut. Utredningarnas innehåll beskriver till viss del den enskildes behov av insatser.

Det kan av akterna inte utläsas att den enskildes, eventuellt förändrade behov, föranlett omprövning av det beslut som ligger till grund för särskilt boende.

Nämndens övriga dokumentation

Det framgår inte av granskad dokumentation att utredning och beslut eller likvärdig information har skickats från handläggare/boendesamordnare för verkställande på boendet.

Social dokumentation under genomförandet

En genomförandeplan som beskriver insatserna till den enskilde finns för alla fem granskade akter. Det är osäkert om insatser och planering i genomförandeplan kan anses utgå från utredning och beslut då det av beslutet inte tydligt framgår den enskildes behov av insatser. För upprättande samt revidering av genomförandeplan ansvarar kontaktperson. I flertalet planer framgår att den enskilde deltagit vid upprättandet/revidering. Av planerna framgår såväl den enskildes behov av insatser som målsättning med insatser samt hur och när insatserna ska genomföras. Av planerna framgår datum för uppföljning samt vilka som deltagit vid uppföljningen. Det går dock inte att utläsa om de beviljade insatserna följts upp av nämnd eller biståndshandläggare.

Nämndens skriftliga redogörelse

I nämndens skriftliga redogörelse anges förutom det som anges ovan följande. Nämnden följer inte regelbundet upp beviljat beslut om bistånd utan endast i enstaka fall när det gäller personer med särskilda behov. Det finns således ingen koppling mellan de av handläggaren beviljade insatserna och de insatser som utförs enligt upprättad genom-

förandeplan. Omvårdnadsbehovet mäts i checknivåer, inför inflyttning till boendet samt inom tre månader från inflyttning. Detta för att säkerställa rätt dygnsersättning till boendet. Nämnden genomför även årliga verksamhetsuppföljningar, men då på en generell nivå och inte gällande enskilda individer.

Skälen för beslutet

Tillämpliga bestämmelser m.m.

- 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL
- 4 kap. 2, 5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Proposition 2005/06 s. 118, Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre
- JO beslut 6 april 2000, dnr 699/1999
- JO beslut 23 december 2003, dnr 252-2002

Bedömning

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har vid tillfället för inspektionen funnit brister avseende samverkan mellan den som fattar beslut om insatser och den verksamhet som verkställer beslutade insatser. IVO har även i övrigt funnit förbättringsområden vad gäller nämndens ansvar att säkerställa samt följa upp att den enskildes bedömda behov av stöd och hjälp tillgodoses på särskilt boende. Bedömningen redovisas nedan.

Samverkan

Socialnämnden i Nacka kommun har vid tillfälle för inspektionen inget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, enligt SOSFS 2011:9. Däremot finns riktlinjer och rutiner för de olika delarna i handläggningen. Nämnden informerar om att ett nytt verksamhetssystem är under framtagande och att ett ledningssystem ska tas fram med anknytning till det.

Av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att nämnden ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Nämnden har att identifiera processer för till exempel samverkan (4 kap. 4-5 §§ SOSFS 2011:9) för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Av ledningssystemet framgår att samverkan även innefattar den överföring av information som ska ske mellan den som fattar beslut om bistånd och den som ska verkställa beslut om biståndsinsatserna. Sam-

verkan i detta led avses för att säkerställa den enskildes insatser av vård och omsorg.

Av inspektionen framgår att nämnden inte regelbundet följer upp beviljade beslut om bistånd utan endast i enstaka fall när det gäller personer med särskilda behov. Det finns ingen kommunikation mellan de av handläggaren beviljade insatserna och de insatser som utförs enligt upprättad genomförandeplan. Det sker således ingen kontinuerlig informationsöverföring eller återkoppling från/till nämnd, av den enskildes bedömda behov, förutom kontroll av adekvat checknivå. Detta är att se som en brist.

Beslut om biståndsinsatser

Av aktgranskning och inspektion framgår att nämnden inte fattar särskilda biståndsbeslut om vilka hemtjänstinsatser den enskilde ska ges vid det särskilda boendet. Vid intervjuerna framkommer även att den information som boendet erhåller, till viss del är inaktuell och behöver kompletteras under den första boendetiden. Insatserna som den enskilde erhåller på boendet fastställs således efter att den enskilde flyttat in, genom upprättandet av en genomförandeplan. Det ligger i sakens natur att den äldres behov av service och omsorg varierar över tid bl.a. beroende på dennes hälsotillstånd, vilket medför att verksamheten måste ha en flexibilitet avseende de insatser som ges på boendet. Samtidigt föreligger en viss risk för den enskildes rättssäkerhet då detta förfarande kan medföra att andra omständigheter än den enskildes behov avgör vilka insatser som ges. Detta kan t.ex. vara bemanning, schemaläggning m.m. Då inget beslut finns om hemtjänstinsatser saknar den enskilde en möjlighet att få eventuella önskemål om hjälp på boendet prövat av högre instans.

Det finns inget i socialtjänstlagen som fastställer hur detaljerat ett beslut om biståndsinsatser ska vara. JO har i beslut (beslut 6 april 2000, dnr 699/1999, JO 2004/05 s. 29) uttalat sig om utformning av beslut, där framgår att beslut ska vara tydliga, innehålla vad den enskilde har ansökt om och om beslutet helt eller delvis gått den enskilde emot samt vad beslutet innebär i praktiken. Dessa uttalanden kan tjäna som vägledning.

I sammanhanget vill IVO uppmärksamma nämnden på att det av Socialstyrelsens beslutade föreskrifter och allmänna råd (2012:12) om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning vid särskilda boenden, följer att särskilda beslut om hemtjänstinsatser ska fattas av nämnden för personer med demenssjukdom som bor på särskilt boende.

Uppföljning

Av begärd redogörelse framgår att nämnden inte på kontinuerlig basis följer upp den enskildes bedömda behov av hjälp och stöd i särskilt boende. Kontinuerlig uppföljning sker endast i verksamheten av utsedd kontaktperson. Uppföljning från nämnd avser korrekt checknivå för adekvat ersättning till boendet och är således ingen individuell bedömning för att säkerställa den enskildes insatser. Handläggaren genomför ingen planerad uppföljning av beslut gällande särskilt boende och tar heller inte del av den i boendet upprättade/reviderade genomförandeplaner. Detta är att se som ett förbättringsområde.

IVO vill understryka att det alltid är den beslutande nämnden som har ansvaret för att den enskilde verkligen får det bistånd som han eller hon har beviljats, oavsett vem – den beslutande nämnden själv, en annan nämnd eller en enskild verksamhet – som verkställer det beslutade biståndet. Med detta ansvar följer självklart en skyldighet att dokumentera att beslutet har verkställts samt att följa upp det beviljade biståndet (prop. 2005/06:115, s. 118- Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre).

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Birgit Rengren Borgersen. I den slutliga handläggningen har även inspektören Monica Panagiotou deltagit. Inspektören Anna Hagelbäck har varit föredragande.

För Inspektionen för vård och omsorg


Birgit Rengren Borgersen


Anna Hagelbäck

Kopia: Verksamhetschef Sjötäppan

2014-10-09

TJÄNSTESKRIVELSE
SÄN 2013/184-041

Social - och äldre nämnden

Ekonomisk månadsrapport för social- och äldre nämnden, september 2014

Förslag till beslut

Social- och äldre nämnden noterar den ekonomiska månadsrapporten för september 2014.

Ärendet

Total årskostnadstakt(netto) för social- och äldre nämnden i september; 1339,7 mnkr, vilket är - 40,8 mnkr sämre än årsbudget (budget= 1298,9 mnkr). Vid jämförelse mot samma period förra året (september 2013) då utrymmet var 21 mnkr bättre jämfört med årsbudget.

Årsprognosen för social - och äldre nämnden är 1349 mnkr vilket är - 50 mnkr sämre än budget (jämför T2:2014; - 35 mnkr).

Årsprognosen för 2014 bygger på antagandet att kostnadsökningen är 7,2 % över hela året, vilket samtidigt innebär att faktiska kostnader för perioden oktober - december inte får överstiga 2,5 % (jämför faktisk kostnadsökning perioden januari-september; 81,5 mnkr eller 9,3 %).

Nedbrytning at total årsprognos; - 50 mnkr ger per verksamhet; Barn och Unga - 3 mnkr, IFO Vuxen - 10 mnkr, LSS/SoL yngre 65 år - 20 mnkr, Socialpsykiatri 0 mnkr samt Äldre - 5 mnkr. Årskostnadstakten för nämnd – och nämnstöd inkl MH- Sociala tjänster ger -12 mnkr för 2014 jämfört med budget.

Bilaga

1. Bokslut: september 2014 totalt och per verksamhet (i siffror)

Anders Fredriksson
Socialdirektör
Stadsledningskontoret

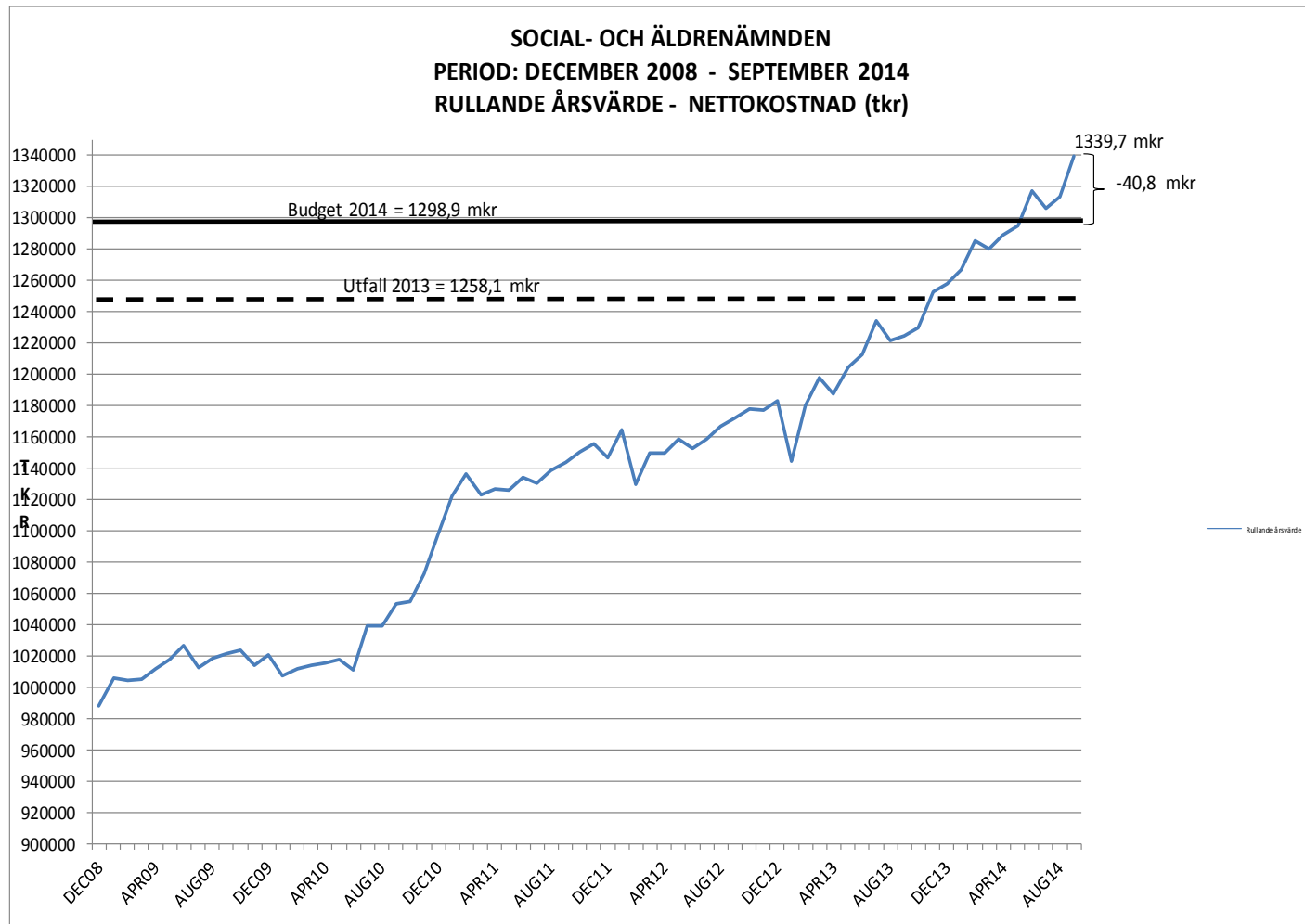
Håkan Brekell
Ekonomichef
Sociala ekonomienheten

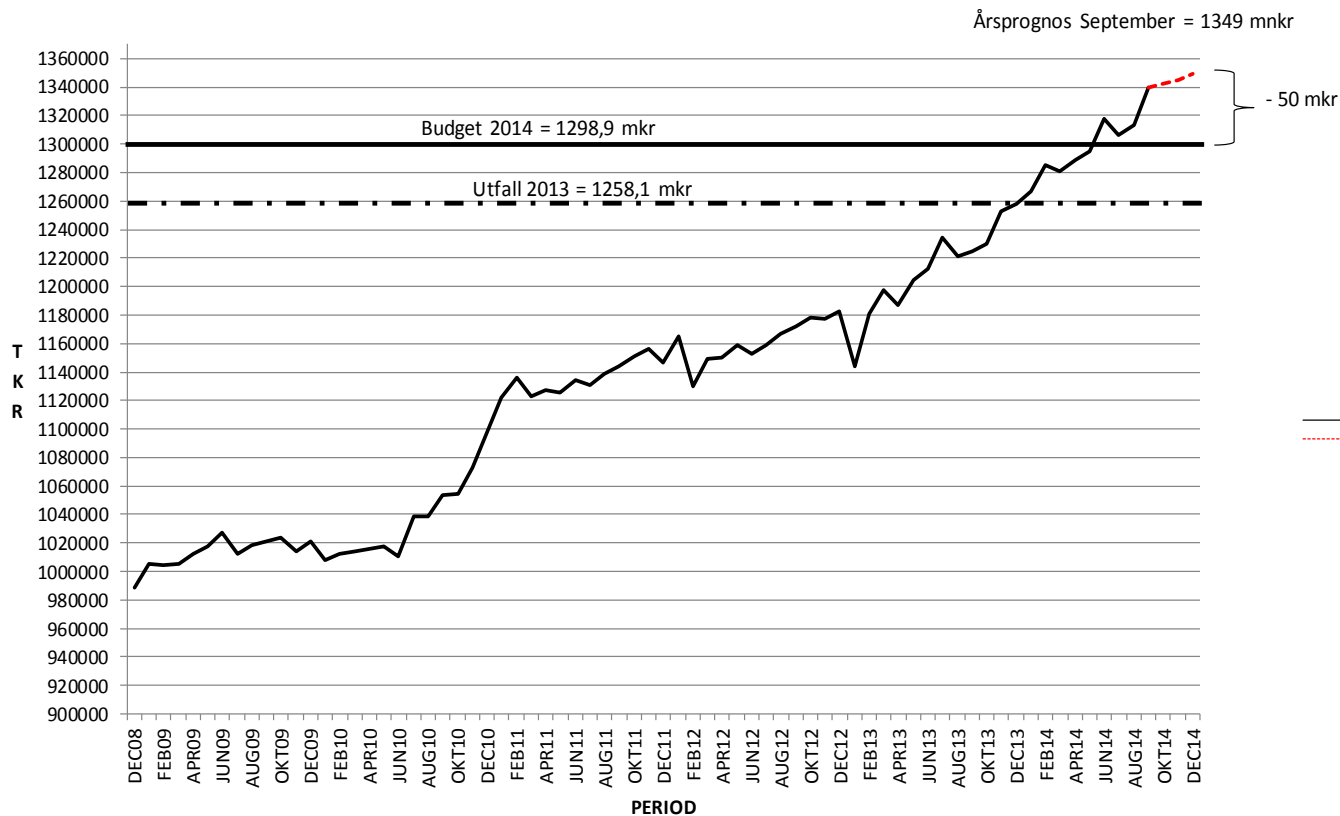
SOCIAL - OCH ÄLDRENÄMNDEN

BOKSLUT: SEPTEMBER 2014

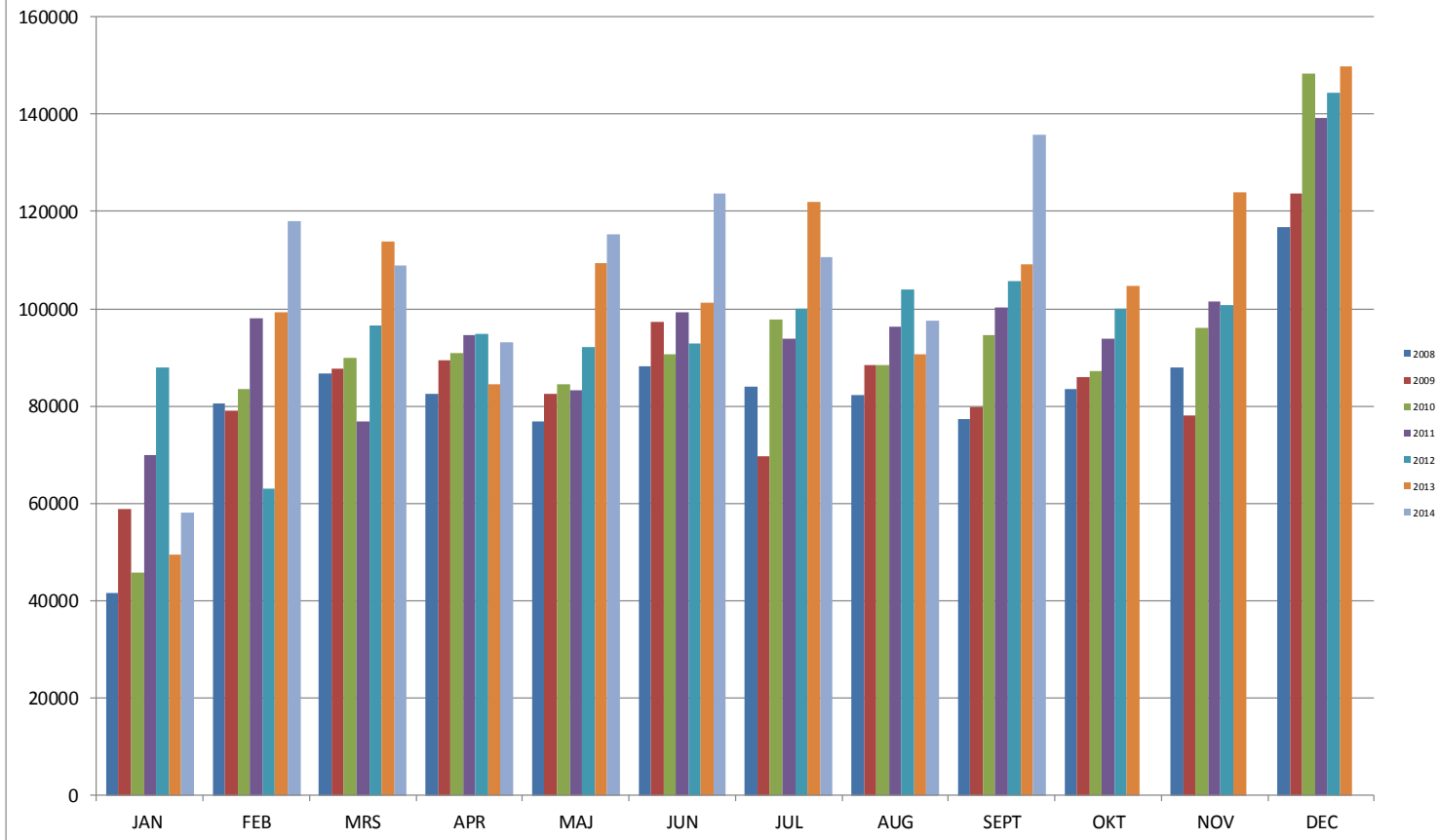
(i siffror)



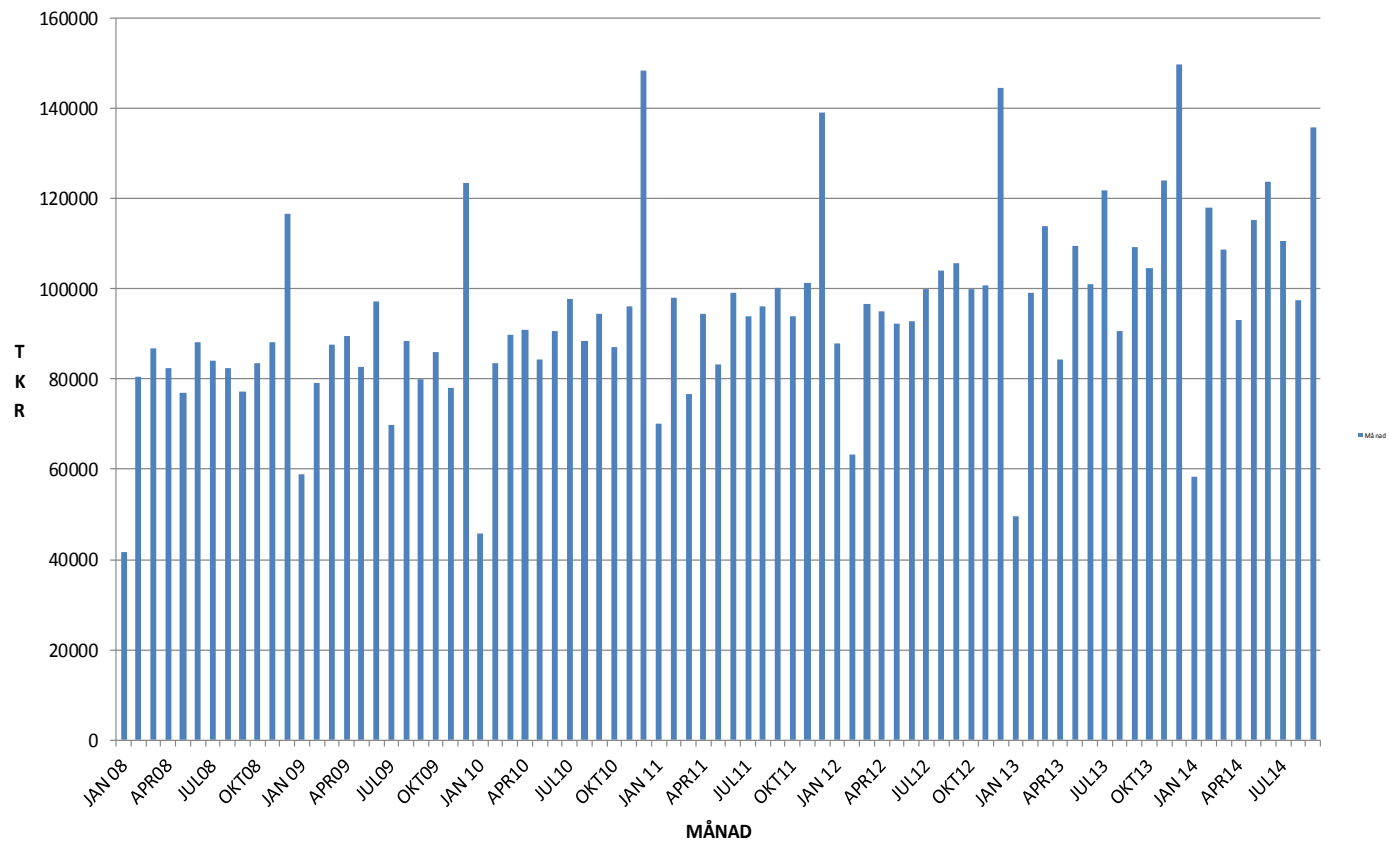


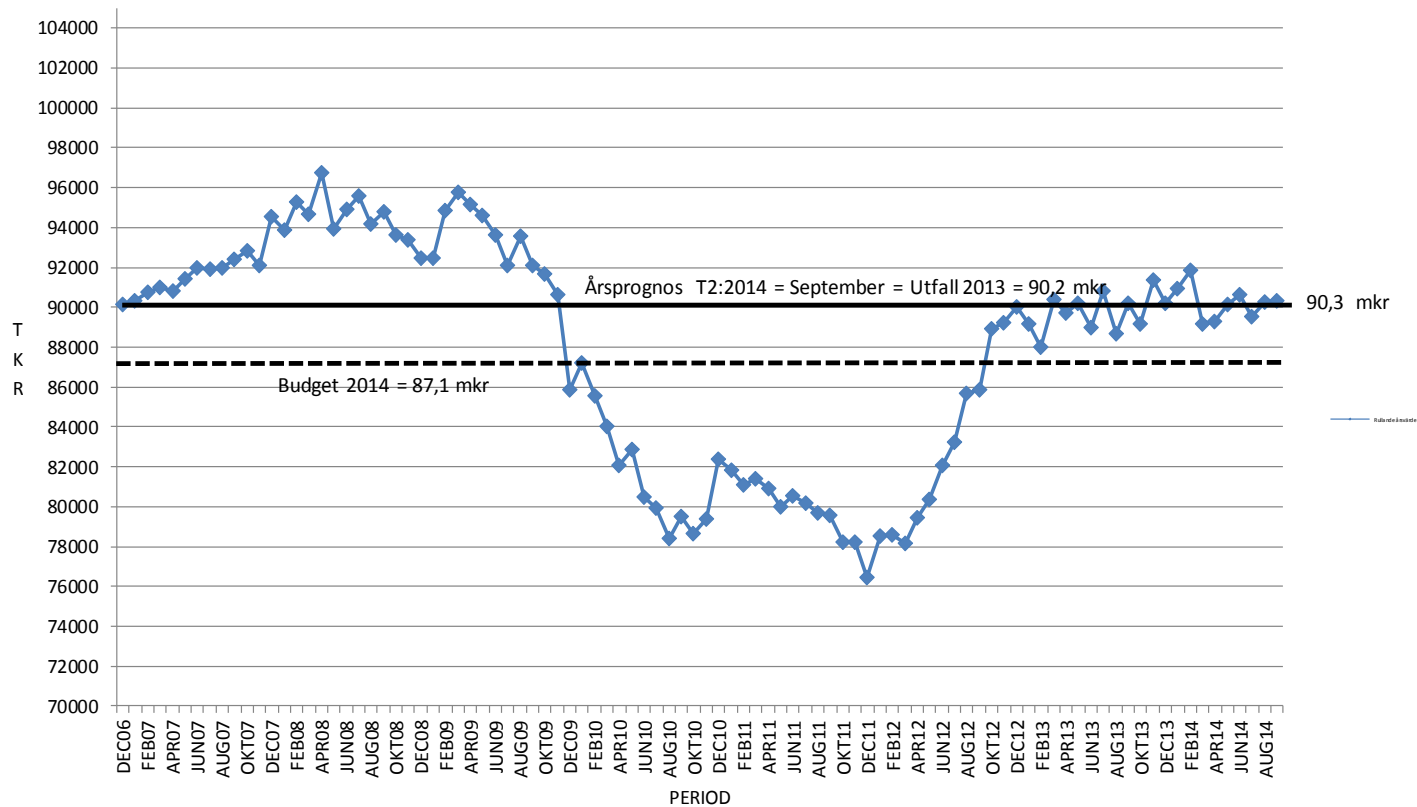
SOCIAL- OCH ÄLDRENÄMNDEN - SEPTEMBER ÅRSPROGNOS 2014**PERIOD : DECEMBER 2008 - ÅRSPROGNOS 2014****RULLANDE ÅRSVÄRDE - NETTOKOSTNAD (tkr)**

SOCIAL- OCH ÄLDRENÄMNDEN
NETTOKOSTNAD PER ÅR OCH MÅNAD : 2008 - SEPTEMBER 2014



NETTOKOSTNAD PER MÅNAD - SOCIAL- OCH ÄLDRENÄMNDEN (tkr)
PERIOD: JANUARI 2008 - SEPTEMBER 2014

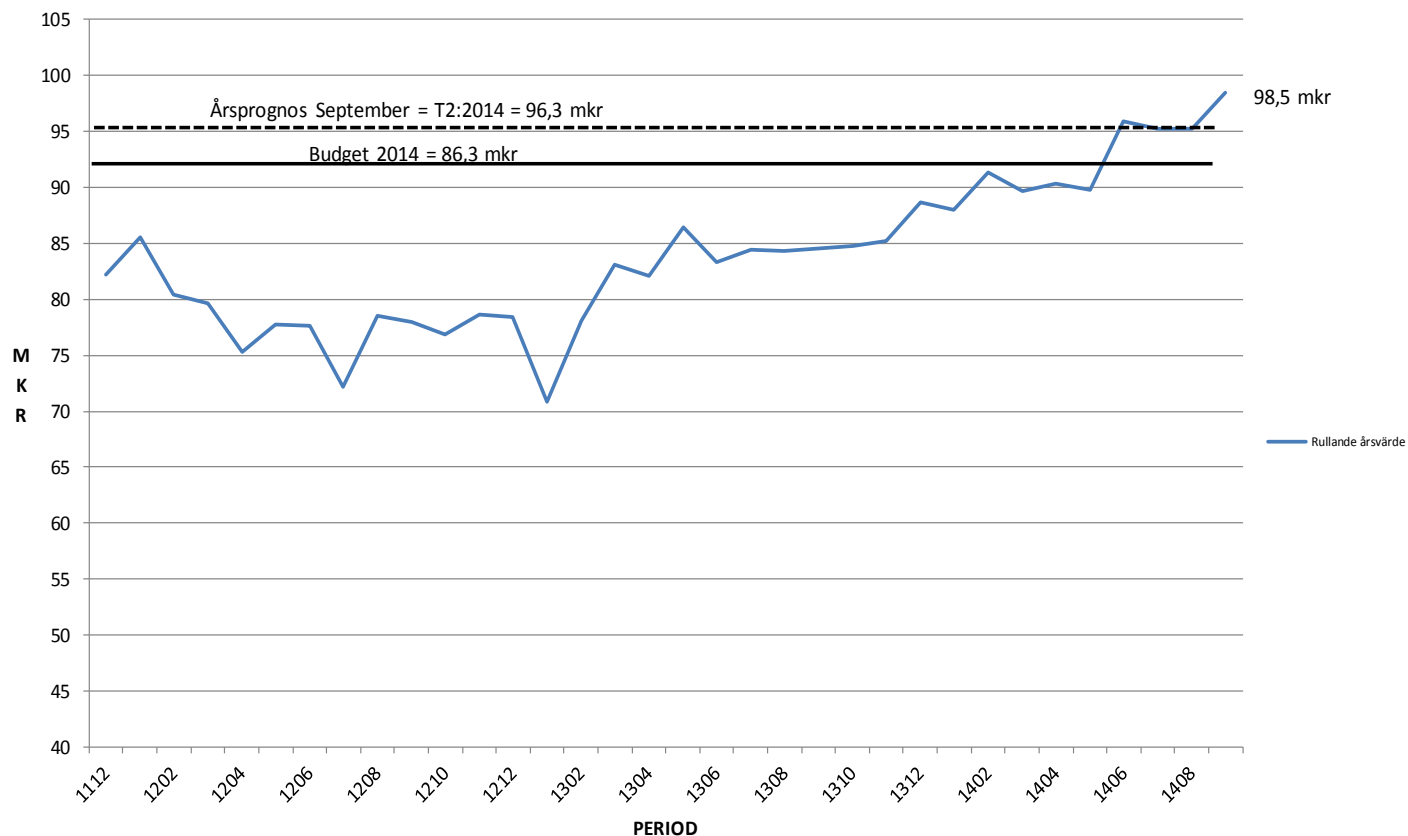


IFO BARN&UNGA - SOCIAL- OCH ÄLDRENÄMNDEN (tkr)**PERIOD : DEC 2006 - SEPTEMBER 2014****RULLANDE ÅRSVÄRDE - NETTOKOSTNAD (tkr)**

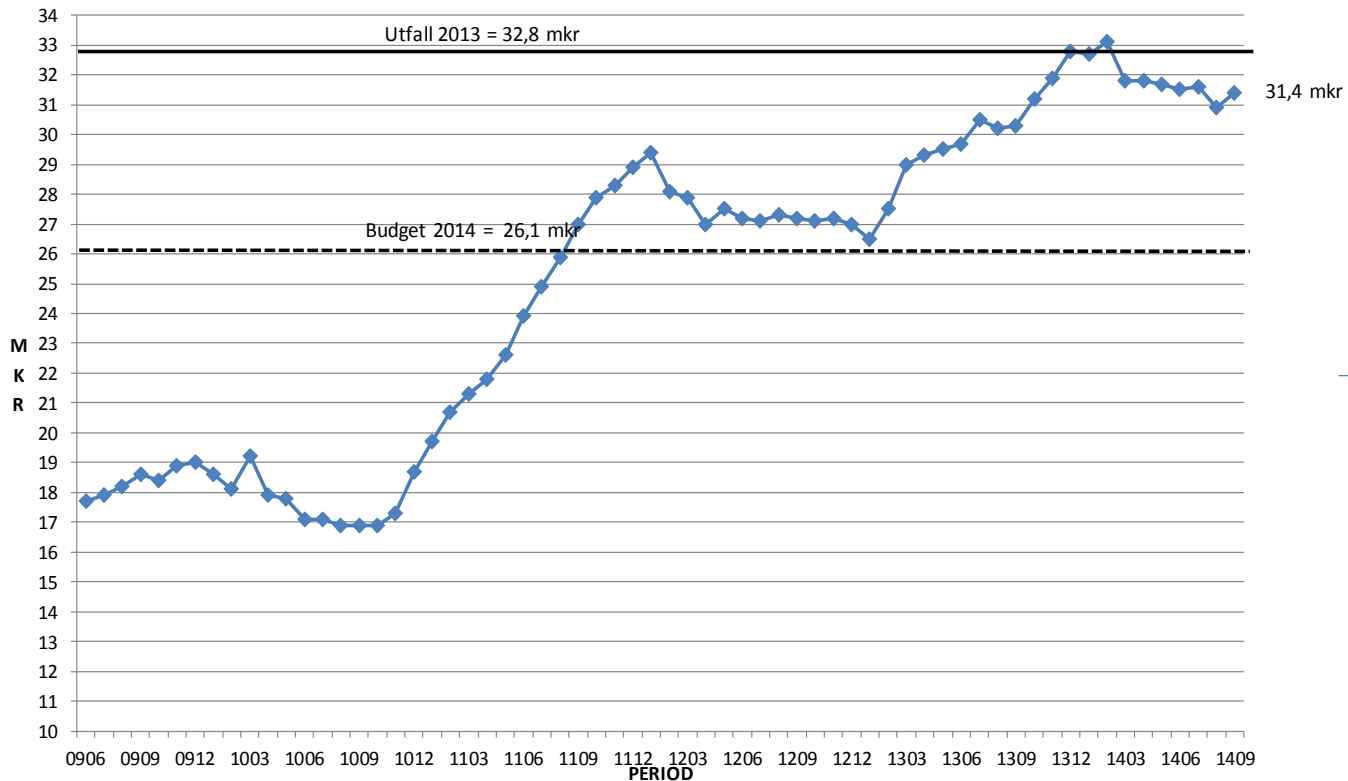
IFO VUXENENHETEN - SOCIAL - OCH ÄLDRENÄMNDEN

PERIOD: DECEMBER 2011 - SEPTEMBER 2014

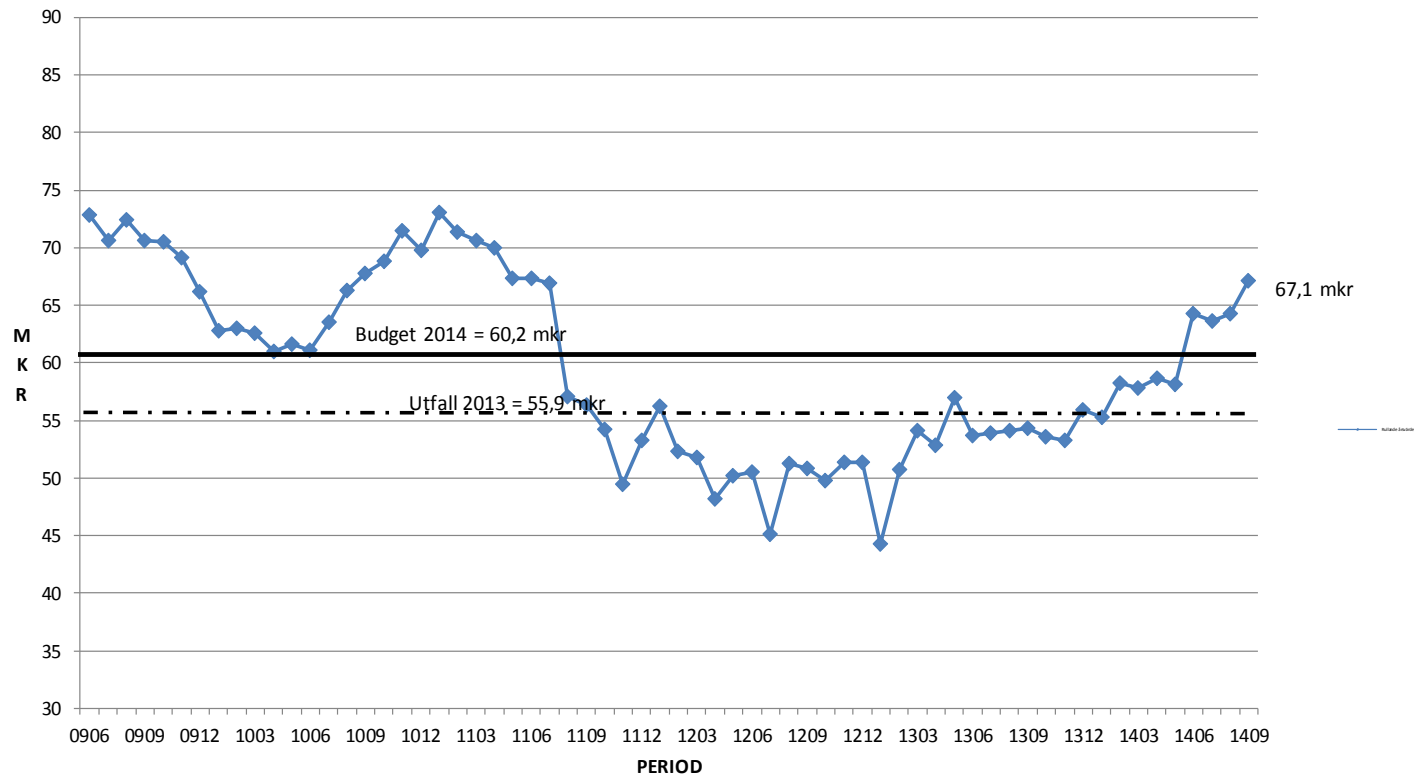
RULLANDE ÅRSVÄRDE - NETTOKOSTNAD (mkr)



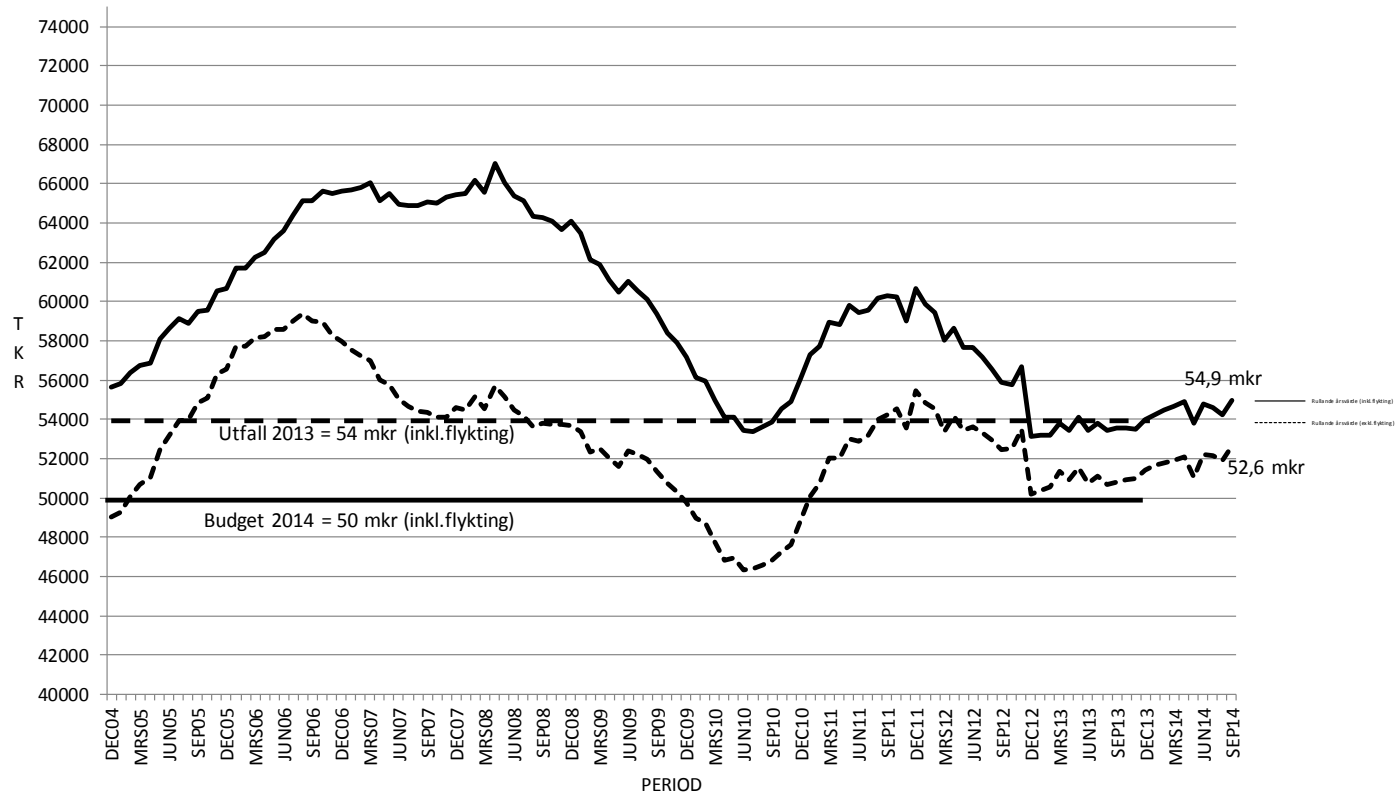
IFO UTREDNING_VUXEN - SOCIAL- OCH ÄLDRENÄMNDEN
PERIOD : JUNI 2009 - SEPTEMBER 2014
RULLANDE ÅRSVÄRDE - NETTOKOSTNAD (mkr)



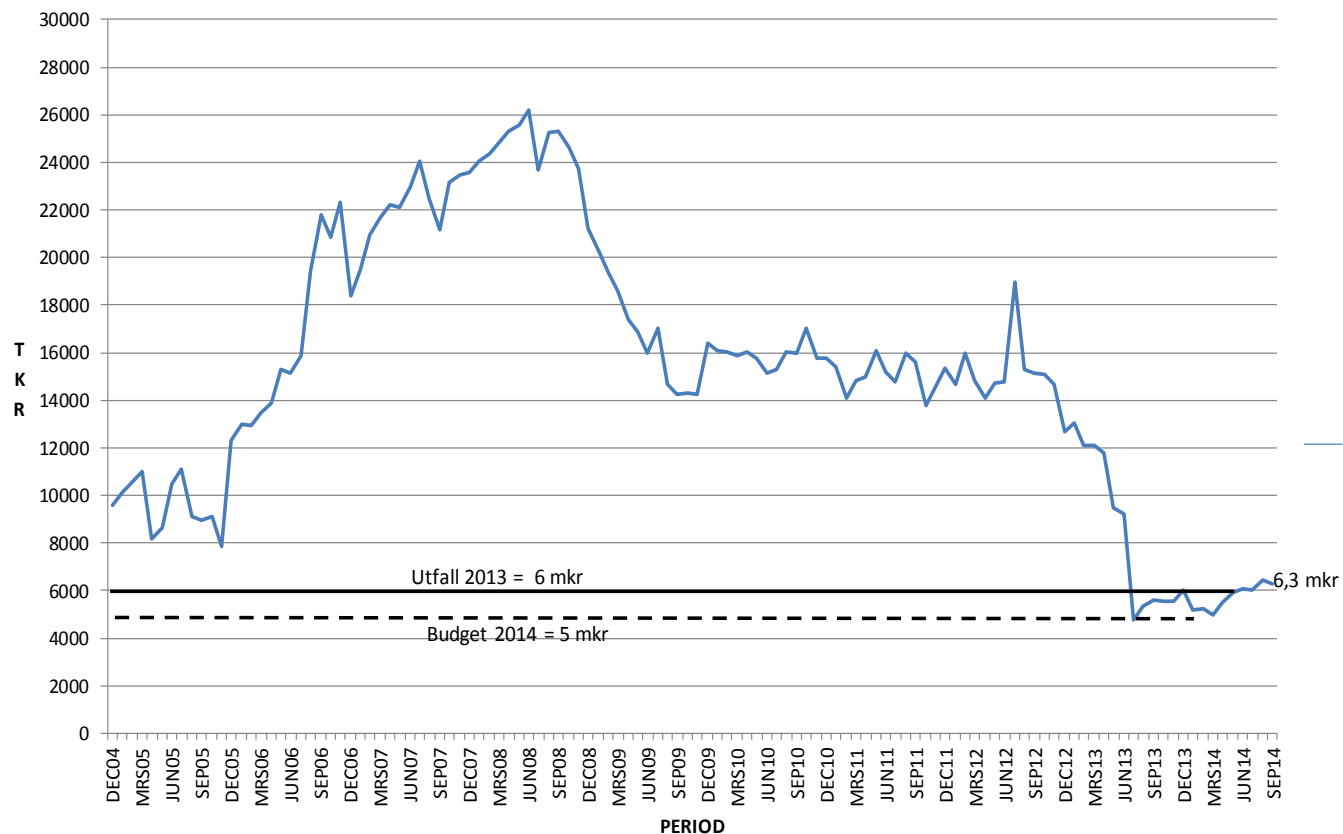
IFO VUXEN ÖVRIGT - SOCIAL- OCH ÄLDRENÄMNDEN
PERIOD : JUNI 2009 - SEPTEMBER 2014
RULLANDE ÅRSVÄRDE - NETTOKOSTNAD (mkr)

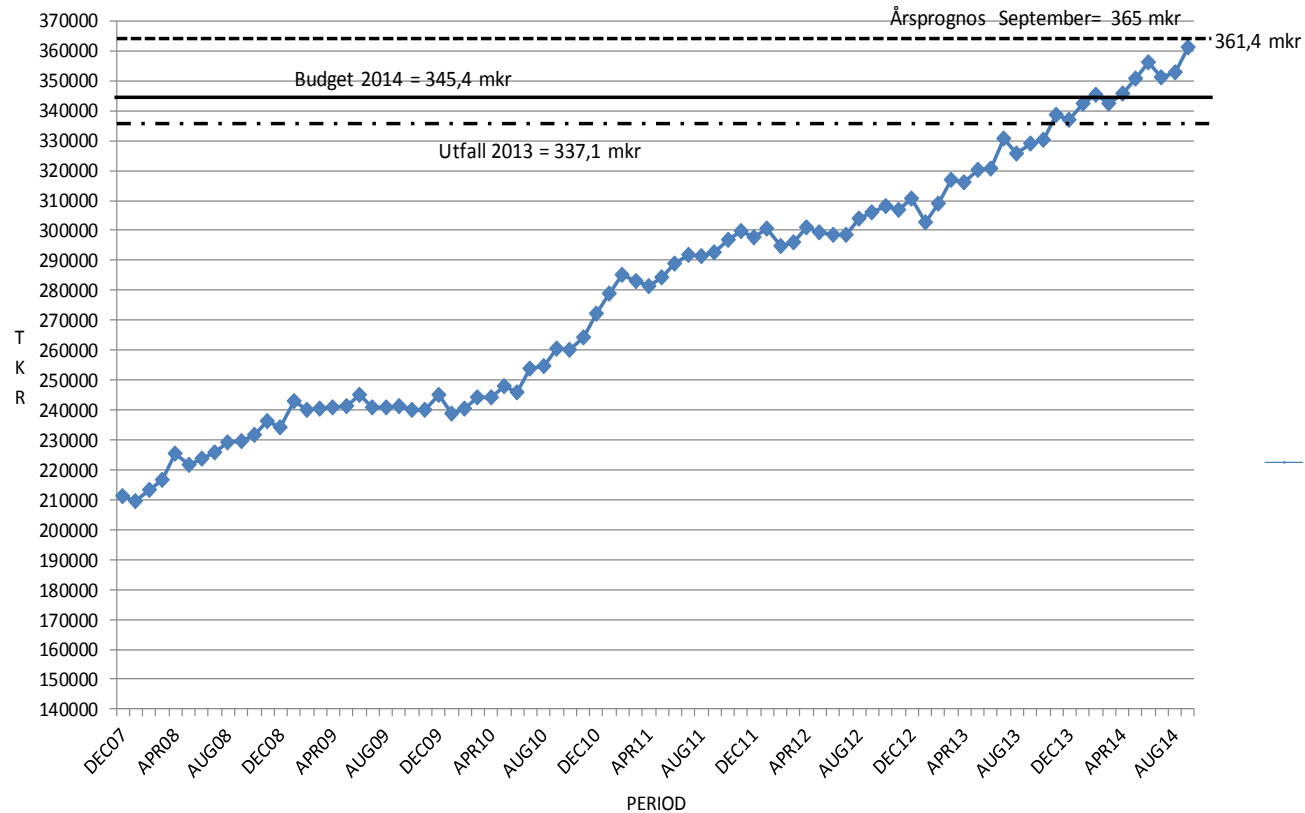


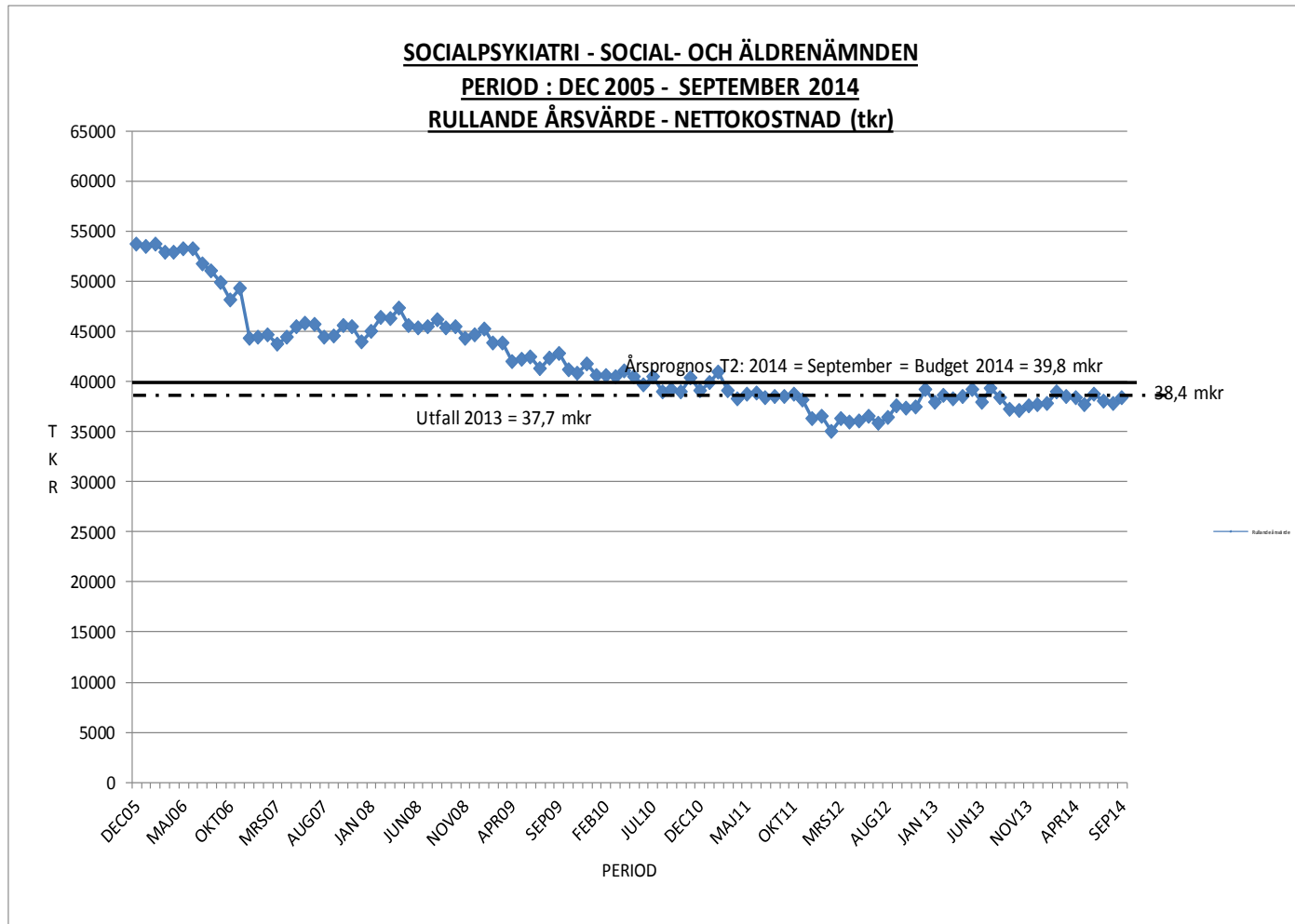
EKONOMISKT BISTÅND - SOCIAL- OCH ÄLDRENÄMNDEN
PERIOD: DECEMBER 2004 - SEPTEMBER 2014
RULLANDE ÅRSVÄRDE - NETTOKOSTNAD (tkr)



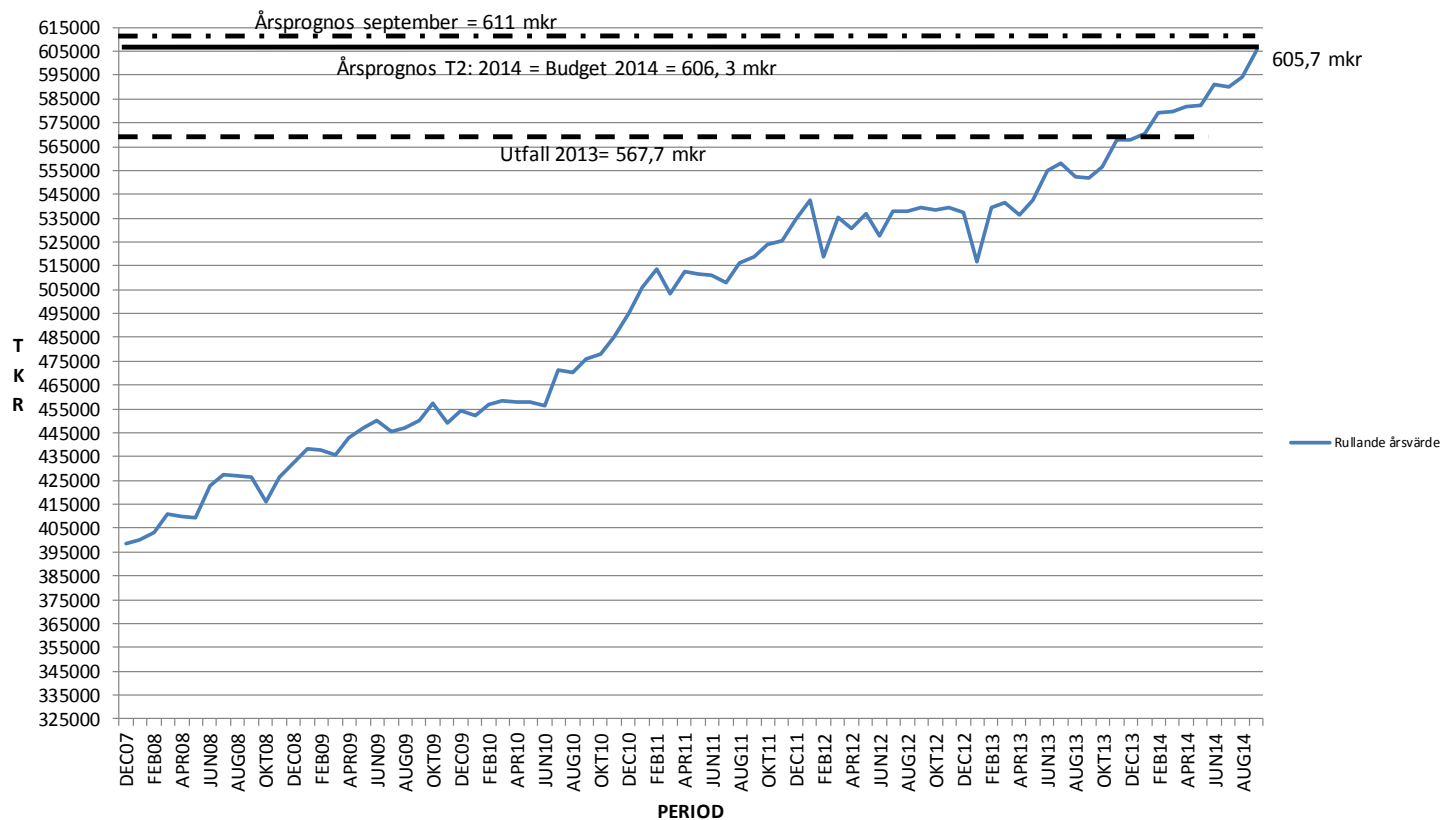
STATSBIDRAG - FLYKTINGMOTTAGANDE - SOCIAL- OCH ÄLDRENÄMNDEN
PERIOD : DECEMBER 2004 - SEPTEMBER 2014
RULLANDE ÅRSVÄRDE - TKR



LSS/SoL yngre 65 år - SOCIAL- OCH ÄLDRENÄMNDEN**PERIOD: DECEMBER 2007 - SEPTEMBER 2014****RULLANDE ÅRSMEDELVÄRDE - NETTOKOSTNAD (tkr)**



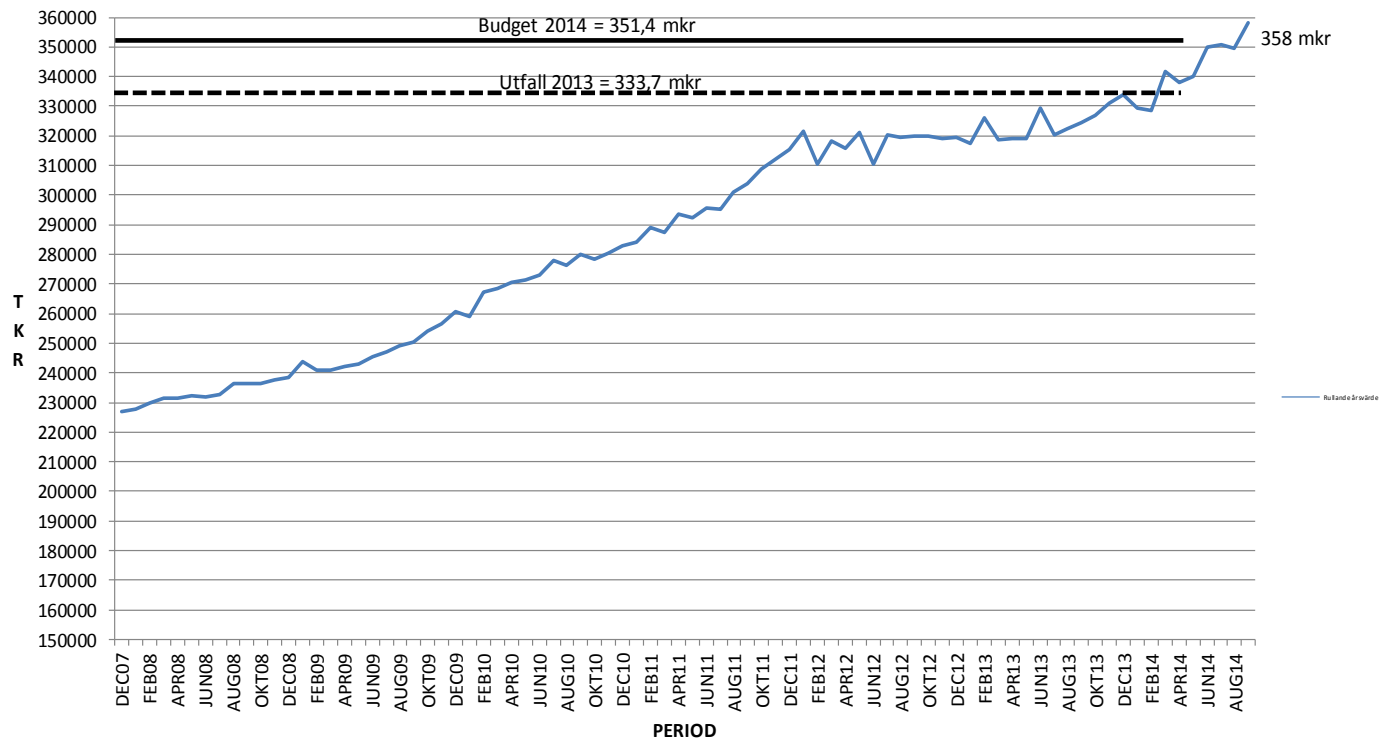
ÄLDRE - SOCIAL- OCH ÄLDRENÄMNDEN
PERIOD: DECEMBER 2007 - SEPTEMBER 2014
RULLANDE ÅRSMEDELVÄRDE - NETTOKOSTNAD (tkr)



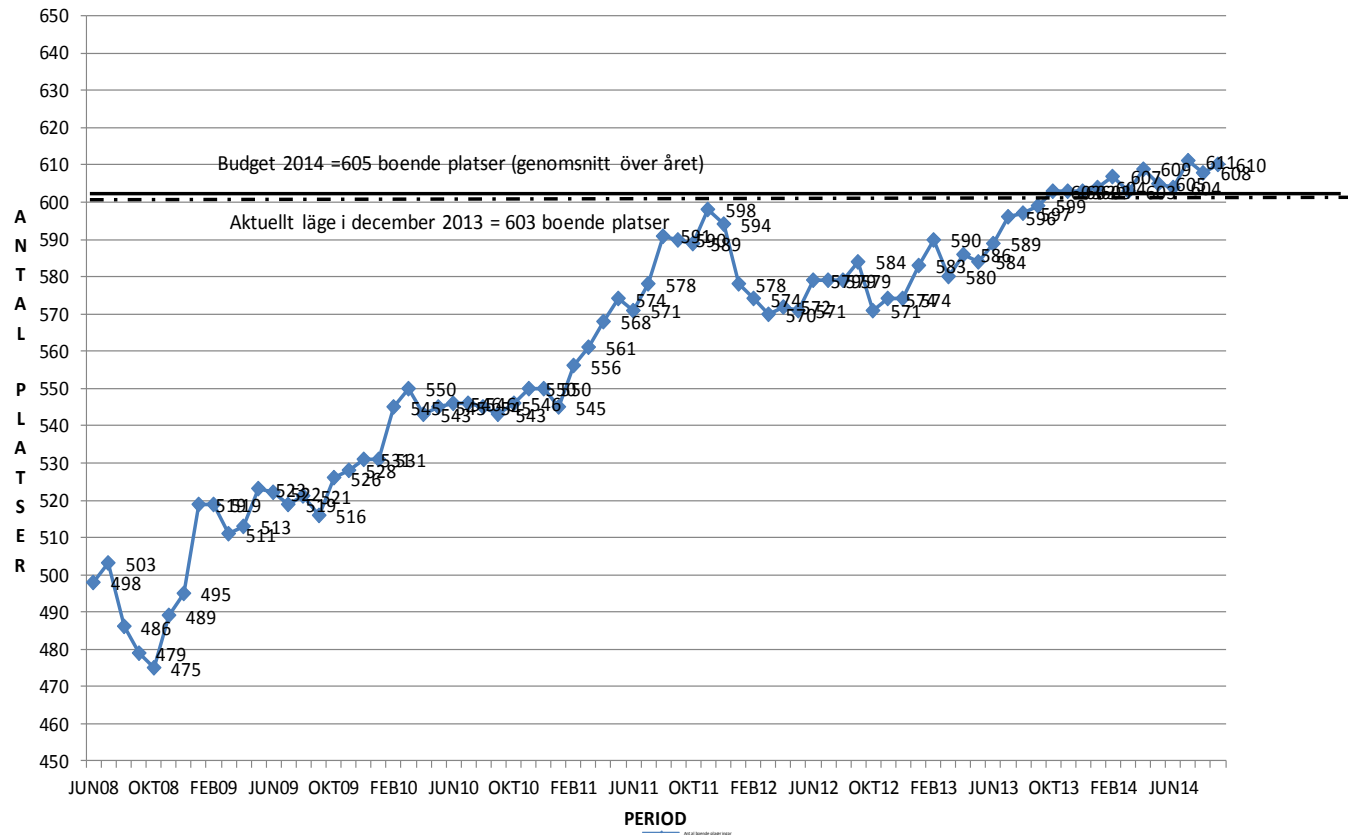
ÄLDRE - SÄBO - SOCIAL- OCH ÄLDRENÄMNDEN (tkr)

PERIOD: DECEMBER 2007 - SEPTEMBER 2014

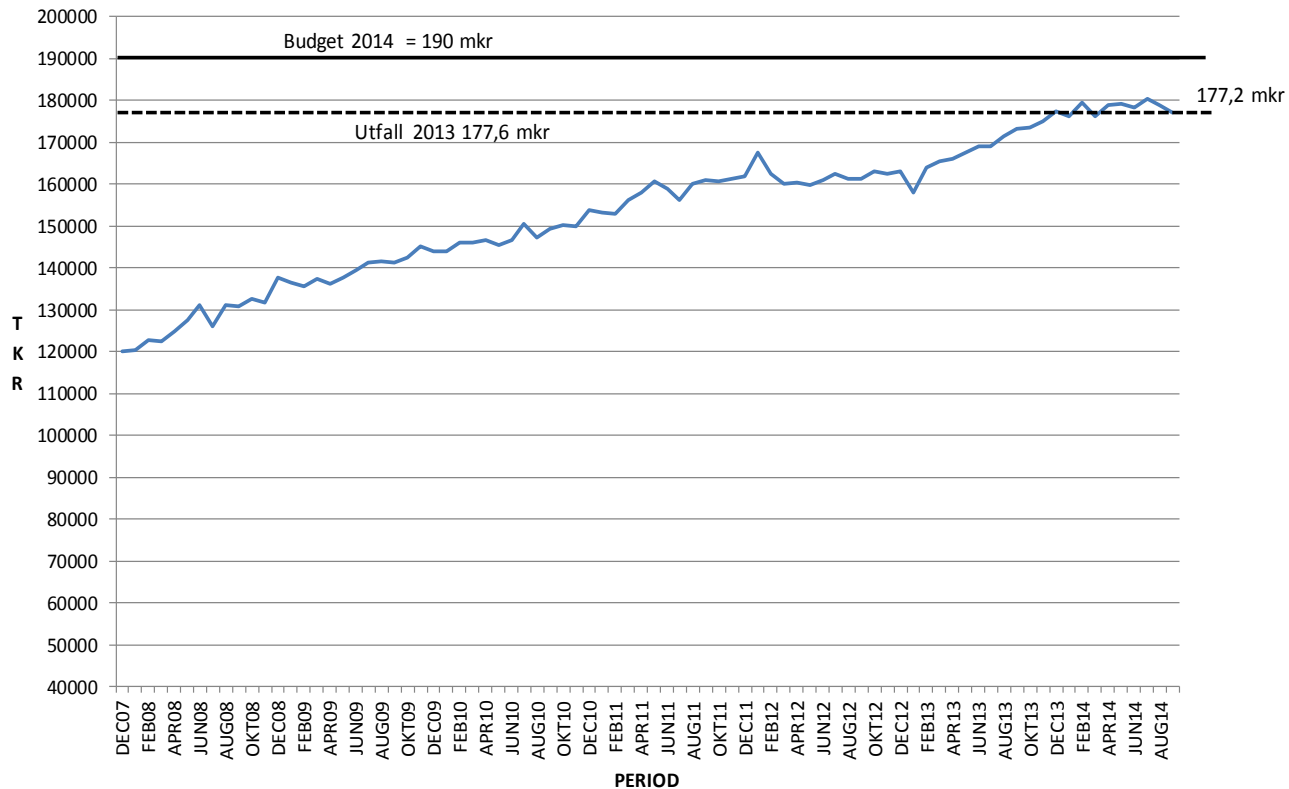
RULLANDE ÅRSVÄRDE - NETTOKOSTNAD (tkr)



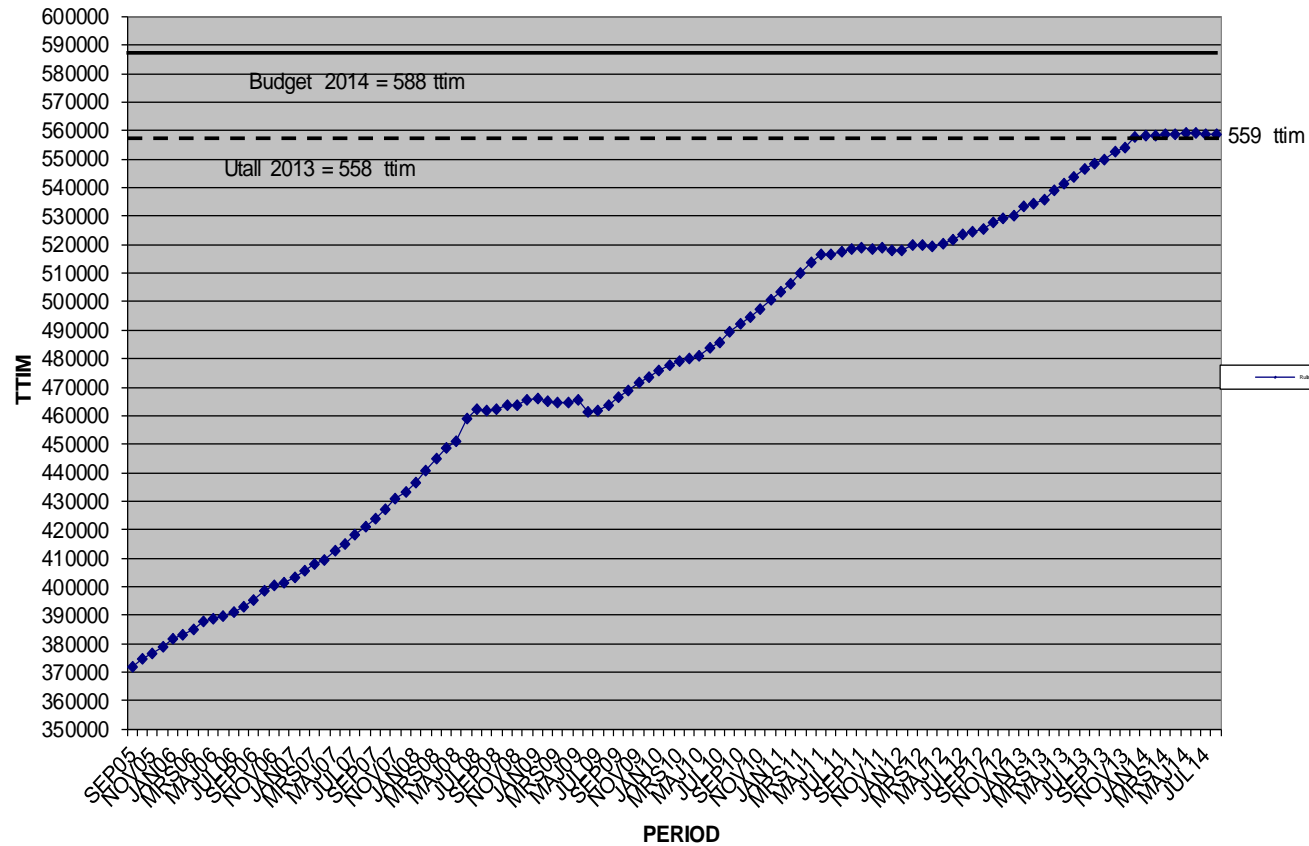
ÄLDRE - ANTAL PLATSER SÄRSKILT BOENDE PERIOD: JUNI 2008 - SEPTEMBER 2014



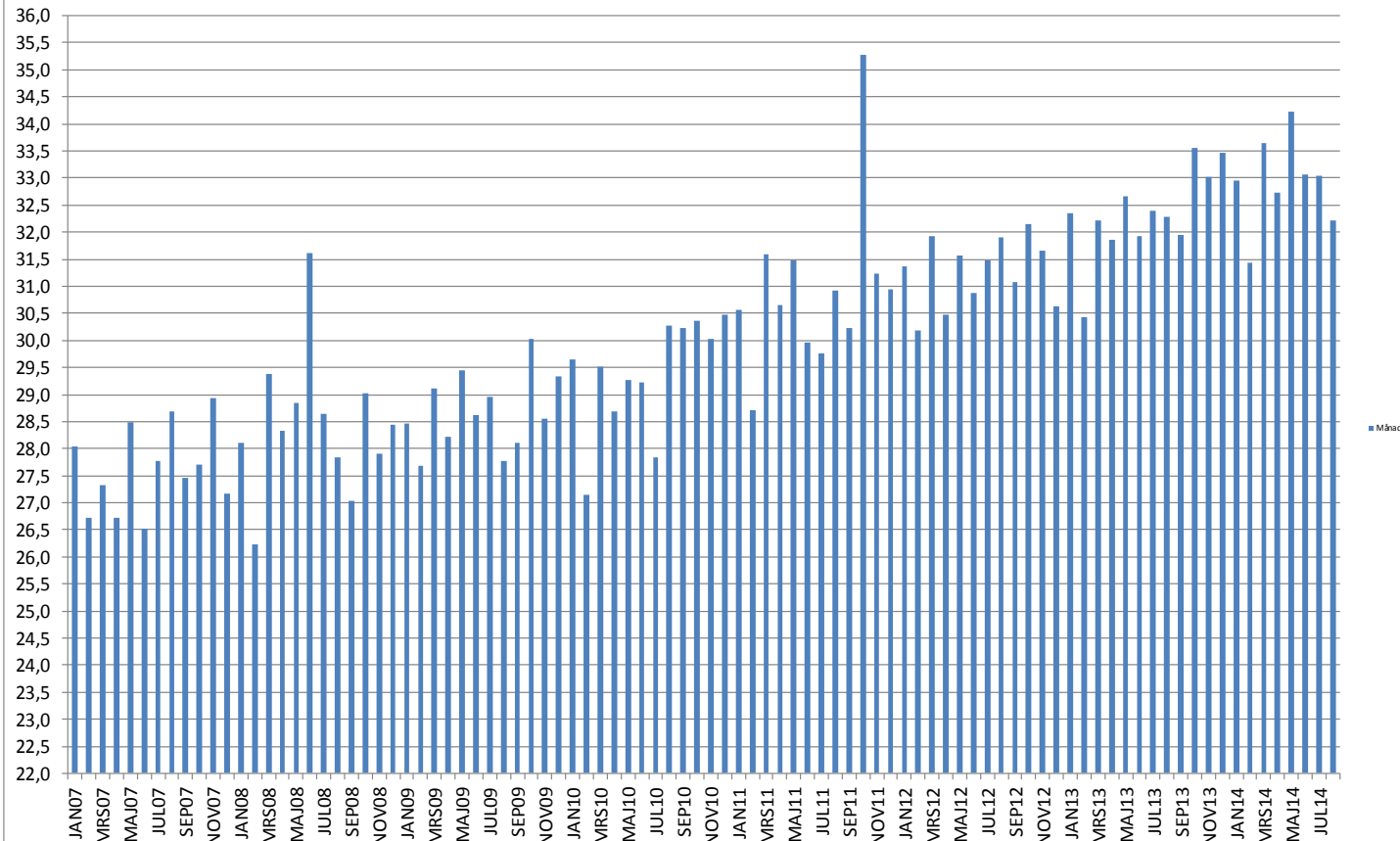
ÄLDRE - HEMTJÄNST - SOCIAL- OCH ÄLDRENÄMNDEN(tkr)
PERIOD : DECEMBER 2007 - SEPTEMBER 2014
RULLANDE ÅRSVÄRDE - NETTOKOSTNAD (tkr)

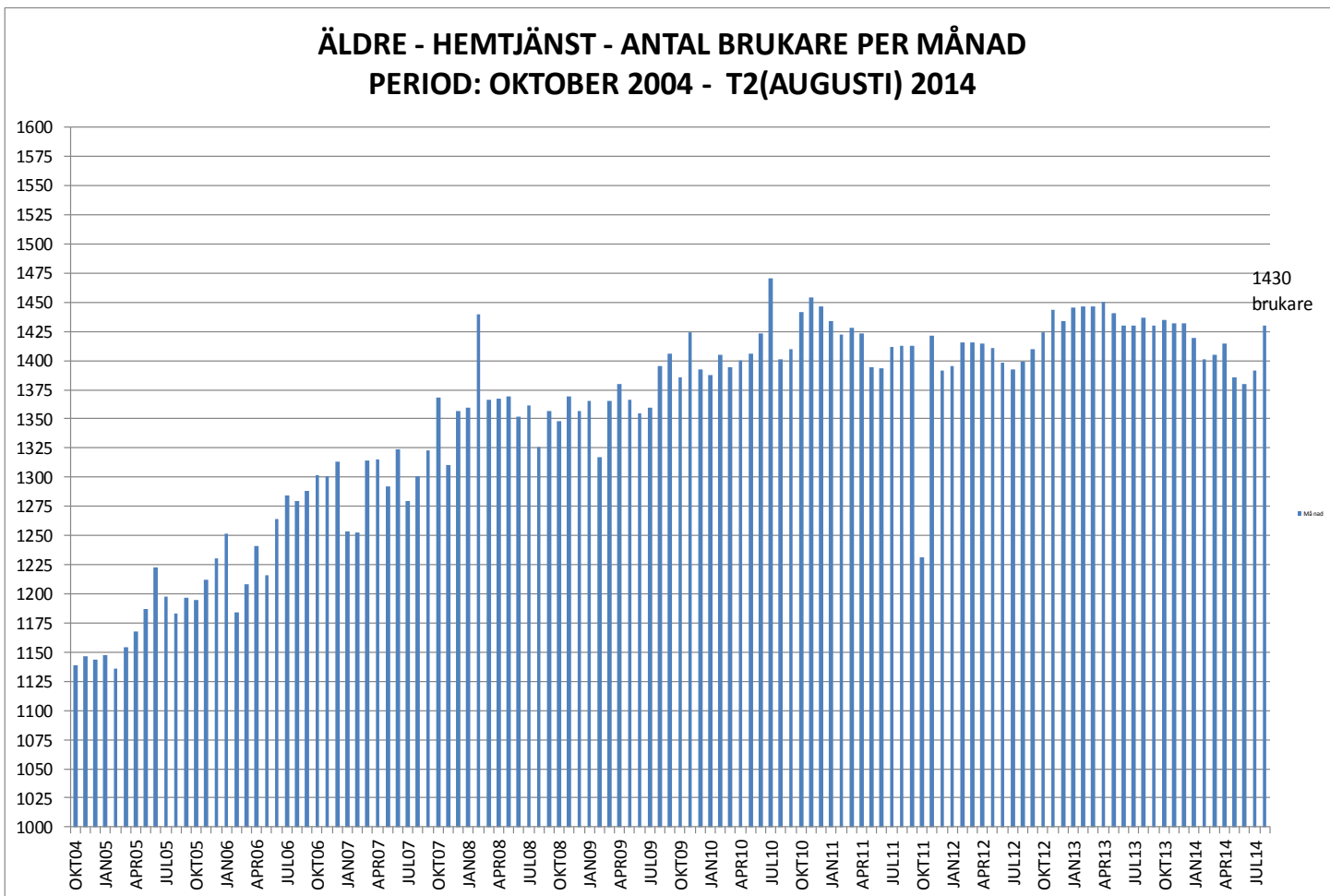


ÄLDRE - HEMTJÄNST- UTFÖRDA TIMMAR
RULLANDE ÅRSVÄRDE
PERIOD : SEPTEMBER 2005 - T2(AUGUSTI) 2014

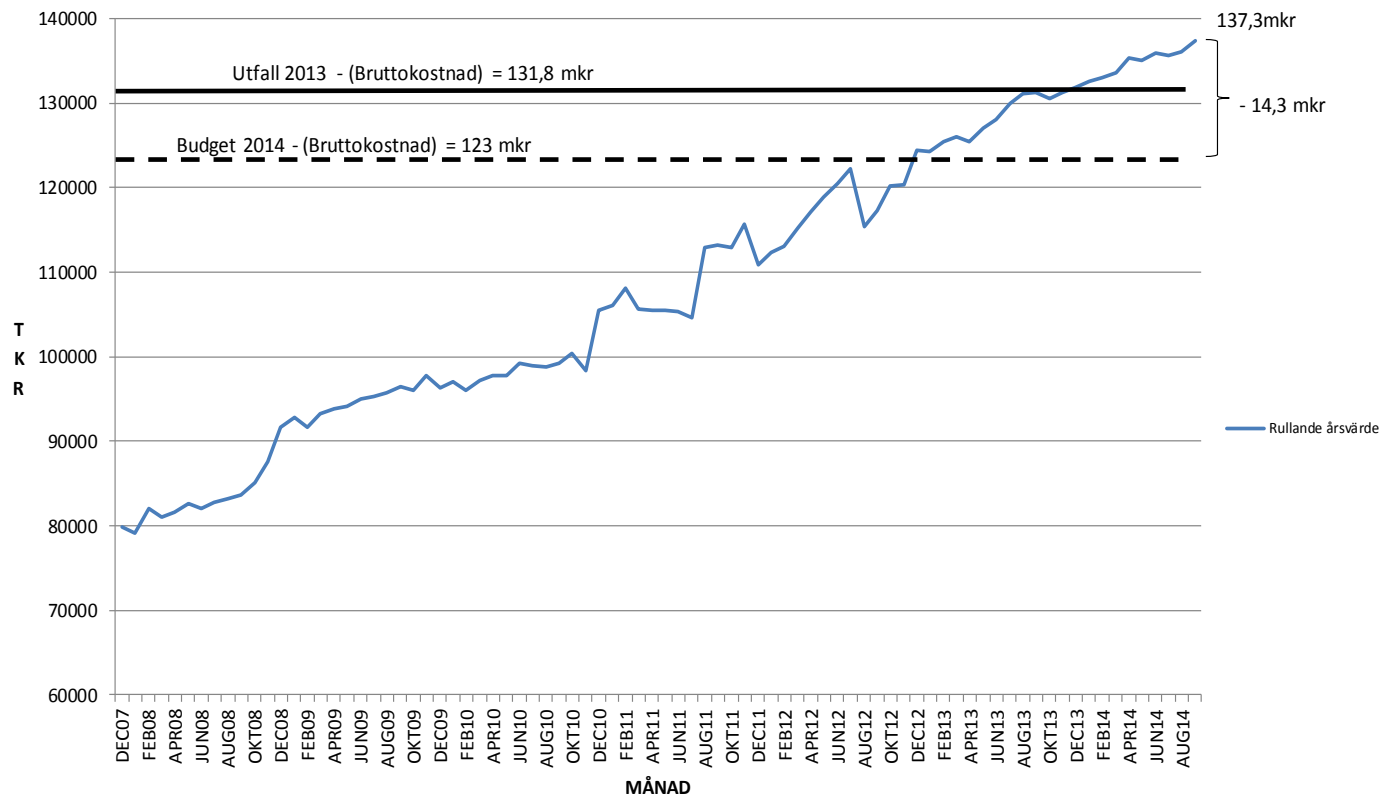


ÄLDRE HEMTJÄNST - GENOMSNITTLIG UTFÖRD TID PER BRUKARE OCH MÅNAD
PERIOD: JANUARI 2007 - T2(AUGUSTI) 2014

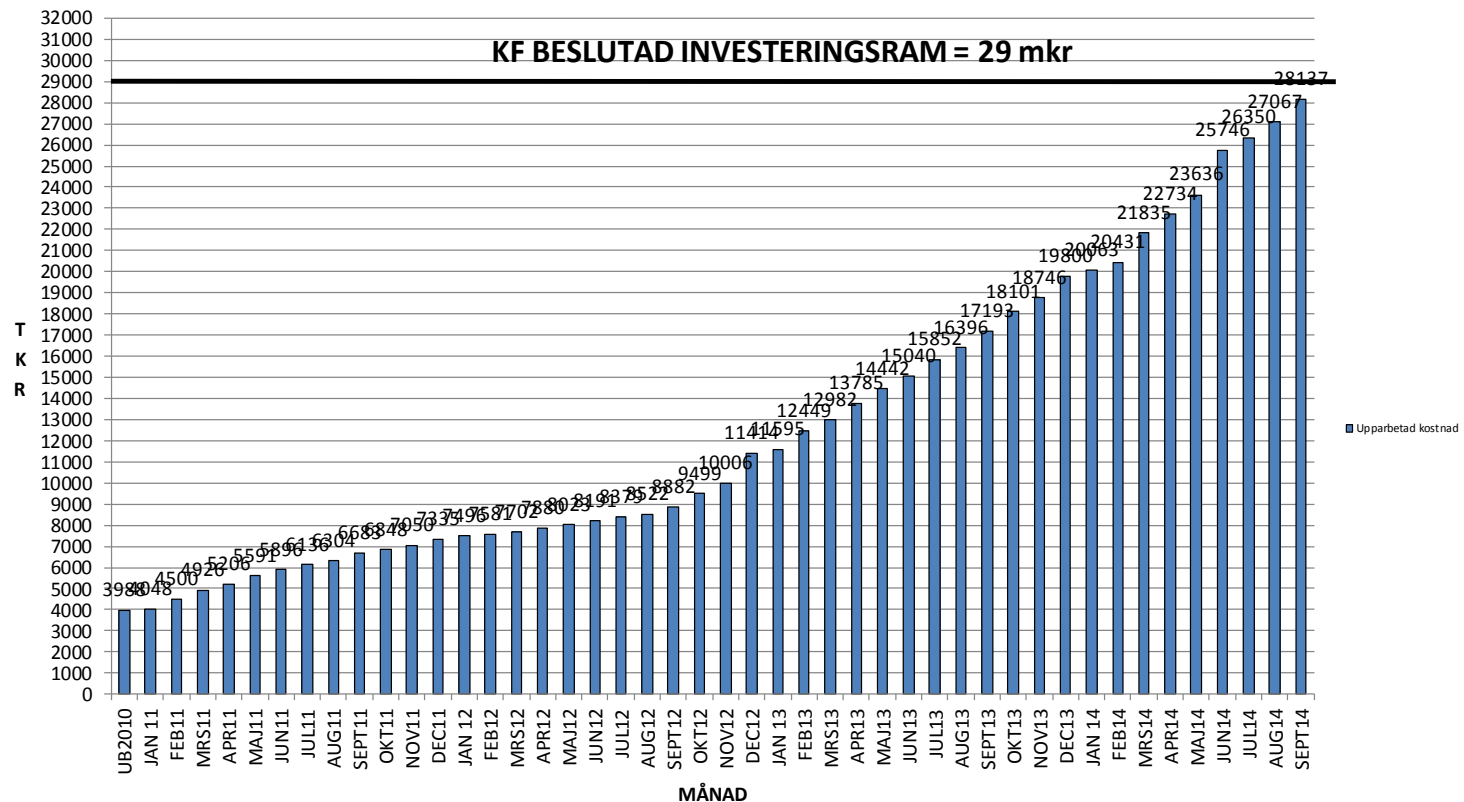




MYNDIGHET- OCH HUVUDMAN (MH)- SOCIALTJÄNSTEN
PERIOD : DECEMBER 2007 - SEPTEMBER 2014
RULLANDE ÅRSVÄRDE : BRUTTOKOSTNAD (tkr)



INVESTERINGSPROJEKT - INFÖRANDE PULSEN COMBINE
ACK. UPPARBETAD KOSTNAD (tkr)
PERIOD : DECEMBER 2010 - SEPTEMBER 2014



Social- och äldre nämnden

Rapport från socialdirektören oktober 2014

Förslag till beslut

Social- och äldre nämnden noterar informationen till protokollet.

Ärendet

På social- och äldre nämndens sammanträde den 20 maj 2014 under ärendet Tertialbokslut 1 togs bland annat följande beslut: "Social- och äldre nämnden uppdrar till socialdirektören att fortsätta arbetet att utveckla samverkan, det metodiska arbetet och arbetsrutiner för att effektivisera organisationen. Detta ska rapporteras vid varje sammanträde."

Nedan följer en kort beskrivning av åtgärder som redan nu är på gång och åtgärder som kommer att vidtas för att minska det prognostiserade underskottet.

Rapport juni 2014

- Samverkansprojekt med försäkringskassan runt personer som är 0-klassade. Kommer att ge besparingar i form av minskat försörjningsstöd. Projektet har startat.
- Minska antalet LVM-placeringar genom att utveckla och förändra arbetet på kommunens beroendemottagning för att kunna möta brukarna i ett tidigare skede. Arbetet har inletts.
- Gå igenom de kommungemensamma kostnaderna. Säkerställa att de fördelningsnycklar som finns är korrekta. Stor osäkerhet med bl a hyresdebiteringen som visar på ett mycket större antal personer i fördelningsnyckeln än vad vi faktiskt får fram via vårt personalsystem. Arbetet har påbörjats.
- Öka samverkan mellan de olika enheterna och grupperna. Exempel familjer med komplex livssituation.
- Ökad personalrörlighet internt i myndighetsorganisationen för att möta upp behov och för att om möjligt undvika externa rekryteringar.
- Tätare uppföljningar för att säkerställa rätt stöd och förhindra onödigt långa placeringar.
- Effektivisera processer för att frigöra tid för handläggare att jobba mer med de ärenden som är mer komplexa och behöver följas upp oftare.

Rapport september 2014

- Efter många års diskussion kommer Värmdö kommun att ansluta sig till Nacka/Tyresö socialjour fr o m 1 oktober. Det innebär ett stärkt samarbete mellan våra grannkommuner vilket gynnar medborgarna. På kort sikt innebär det inte att vi utökar antalet medarbetare utan vi räknar med att klara även Värmdö med nuvarande styrka. Det gynnar självklart alla tre kommuner ekonomiskt.
- Jag har inte för avsikt att återbesätta enhetschefstjänsten för barn- och ungdomsenheten IFO utan planerar att slå ihop bägge enheterna i samband med en bred översyn av vår lednings- och organisationsstruktur.
- SoL under 65 år handläggs sedan sommaren inom SPT, vilket innebär att de två grupperna inom funktionsnedsättning bättre kan fokusera på handläggning, uppföljning samt kostnadskontroll inom respektive område.

Rapport oktober 2014

- Ett uppdrag går till sociala kvalitetsenheten som tillsammans med alla enheter skall fortsätta och intensifiera sitt arbete med att komma med förslag på hur vi ska bli ännu bättre på att involvera våra brukare i det vi gör och vad vi i myndighetsutövningen och i våra ”servicetjänster” kan göra bättre och/eller på annat sätt för att stärka brukarinflytandet.
- En internrevision kommer att genomföras inom funktionsnedsättning LSS/SoL för att tillsammans med enheten gå igenom alla ärenden. Sociala kvalitetsenheten håller i den granskningen.
- Inom enheten äldre kommer en granskning att göras för att säkerställa att bedömning och beslut om bistånd till hemtjänst görs på ett likartat sätt av handläggarna.
- Ett uppdrag läggs ut externt och det handlar om att titta över vår lednings- och organisationsstruktur inom sociala tjänsters alla enheter.

Anders Fredriksson
Socialdirektör

2014-10-21

ANMÄLNINGSÄRENDEN
SÄN

Social- och äldre nämnden

Anmälningssärenden

2.	Delegationsbeslut – Socialutskottet <ul style="list-style-type: none">- Protokoll Socialutskottet 2014-09-20- Protokoll Socialutskottet 2014-10-08- Protokoll Socialutskottet 2014-10-20
3.	Delegationsbeslut från enheterna <ul style="list-style-type: none">- Delegationsbeslut av Stefan Heinebäck, 2014-09-03, gällande återbetalning av ej förbrukat bidrag, Tjej- och kvinno föreningen Rosen
4.	Ordförandebeslut <ul style="list-style-type: none">- Ordförandebeslut av Jan-Eric Jansson, 2014-10-06, gällande beviljande för Eva Öhbom Ekdahl att delta på konferensen European Instruments for Inclusive Growth, 2014-10-22—24

<p>5.</p>	<p>Delegationsbeslut enligt alkohollagen (serverings-tillstånd m.m.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delegationsbeslut av Anna-Karin Ryberg, 2014-09-08, avseende beviljande tillfälligt serveringstillstånd till Asta o Malva Trading - Delegationsbeslut av Anna Sessler Pettersson, 2014-09-23, avseende avskrivande av ärende på egen begäran gällande serveringstillstånd till allmänheten för G K Kök & Bar - Delegationsbeslut av Anna Sessler Pettersson, 2014-09-23, avseende ändring och godkännande av nya styrelsemedlemmar i Vår Gård Saltsjöbaden AB styrelse - Delegationsbeslut av Anna-Karin Ryberg, 2014-09-25, avseende beviljande av utökad yta den 25-27 september respektive 2-4 oktober 2014 för Forno Romano Nacka Strand AB - Delegationsbeslut av Anna-Karin Ryberg, 2014-09-30, avseende beslut att Tonys Restaurang AB överklagande inkommit i rätt tid - Delegationsbeslut av Anna Sessler Pettersson, 2014-10-06, avseende avskrivande av ärende på egen begäran gällande serveringstillstånd till allmänheten för Nya Neglinge Krog AB - Delegationsbeslut av Anna Sessler Pettersson, 2014-09-08, avseende beslut att Restaurang Älta KB överklagande inkommit i rätt tid - Delegationsbeslut av Anna Sessler Pettersson, 2014-09-24, avseende beviljande tillfälligt serveringstillstånd till slutet sällskap vid enstaka tillfälle Pia Minati
	<p>Delegationsbeslut fattade i ärenden kring Öl och Whisky festivalen den 25-27 september och 2-4 oktober 2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nacka Strandsmässan om beviljad utökad yta, 2014-09-25 - Rembjer och Magnusson AB avslag på ansökan, 2014-09-11 - A.S.T Ahlén & Small Trading AB bifall till ansökan, 2014-09-18 - AB Brygghuset Finn bifall till ansökan, 2014-09-01 - AB Nigab bifall till ansökan, 2014-08-21 - AB Wickedwine Sweden bifall till ansökan, 2014-08-25 - AB Nigab bifall till ansökan, 2014-08-21 - AB Nigab bifall till ansökan, 2014-08-21 - AB Nigab bifall till ansökan, 2014-08-21 - AB Nigab bifall till ansökan, 2014-08-21 - AB Nigab bifall till ansökan, 2014-08-21 - AB Nigab bifall till ansökan, 2014-08-21 - AB Nigab bifall till ansökan, 2014-08-21 - AB Nigab bifall till ansökan, 2014-08-21 - AB Wickedwine Sweden bifall till ansökan, 2014-08-25 - AB Wickedwine Sweden bifall till ansökan, 2014-08-25 - AB Wickedwine Sweden bifall till ansökan, 2014-08-25 - AB Wickedwine Sweden bifall till ansökan, 2014-08-25 - AB Åbro Bryggeri bifall till ansökan, 2014-08-22 - AB Åbro Bryggeri bifall till ansökan, 2014-08-22 - Adelsö Bryggeri AB bifall till ansökan, 2014-09-06 - Akebono Unlimited AB bifall till ansökan, 2014-08-29

- Alambic Försäljnings AB bifall till ansökan, 2014-09-01
- Alambic Försäljnings AB bifall till ansökan, 2014-09-20
- Altia Sweden AB bifall till ansökan, 2014-09-08
- Anderssons Öl AB bifall till ansökan, 2014-09-09
- Arcus Sweden AB bifall till ansökan, 2014-08-18
- Arcus Sweden AB bifall till ansökan, 2014-08-18
- Arcus Sweden AB bifall till ansökan, 2014-08-18
- Arcus Sweden AB bifall till ansökan, 2014-08-18
- Aros Import HB bifall till ansökan, 2014-08-29
- A.S.T Ahlén & Small Trading AB bifall till ansökan, 2014-09-18
- Bacardi AB bifall till ansökan, 2014-09-05
- Backafallsbyn AB bifall till ansökan, 2014-08-25
- Berntson Brands AB bifall till ansökan, 2014-08-22
- Berntson Brands AB bifall till ansökan, 2014-08-22
- Berntson Brands AB bifall till ansökan, 2014-08-22
- Bibendum AB bifall till ansökan, 2014-08-21
- Bibendum AB bifall till ansökan, 2014-08-21
- Bibendum AB bifall till ansökan, 2014-08-21
- Biljardexperten i Stockholm AB bifall till ansökan, 2014-09-08
- Box Destelleri AB bifall till ansökan, 2014-08-29
- Brewery Int Sweden AB bifall till ansökan, 2014-08-22
- Brewery Int Sweden AB bifall till ansökan, 2014-08-22
- Brill & Co AB bifall till ansökan, 2014-08-22
- Brooklyn Stockholm OpCo AB bifall till ansökan, 2014-09-01
- Brooklyn Stockholm OpCo AB bifall till ansökan, 2014-09-01
- Brooklyn Stockholm OpCo AB bifall till ansökan, 2014-09-01
- C A Group AB bifall till ansökan, 2014-09-21
- Cadenheads Whiskey Shop Denmark bifall till ansökan, 2014-08-29
- Cask Kompaniet AB bifall till ansökan, 2014-08-29
- Cask Sweden AB bifall till ansökan, 2014-09-01
- Cask Sweden AB bifall till ansökan, 2014-09-01
- Cask Sweden AB bifall till ansökan, 2014-09-01
- Chokladfabriken i Malmö AB bifall till ansökan, 2014-08-29
- Chris Wine & Spirits AB bifall till ansökan, 2014-09-03
- Constant Companion AB bifall till ansökan, 2014-09-03
- Coppersmith AB bifall till ansökan, 2014-09-05
- Cranberries Jacobsson och Lövgren AB bifall till ansökan, 2014-08-26
- Diageo Sweden AB bifall till ansökan, 2014-08-29
- DesignBrew Scandinavia AB bifall till ansökan, 2014-09-03
- Dykes Brewery AB bifall till ansökan, 2014-08-25
- Edrington Sweden AB bifall till ansökan, 2014-07-30
- Edrington Sweden AB bifall till ansökan, 2014-07-30
- Edrington Sweden AB bifall till ansökan, 2014-07-30
- Elixir Wine/HB Elixir bifall till ansökan, 2014-09-03
- Eskilstuna Ölkultur AB bifall till ansökan, 2014-08-29
- Flying Brewery AB bifall till ansökan, 2014-08-29
- Gajane Gross KB bifall till ansökan, 2014-09-15



- [illegible]

	<ul style="list-style-type: none"> - Spendrups Bryggerier AB bifall till ansökan, 2014-08-29 - Spendrups Bryggerier AB bifall till ansökan, 2014-08-29 - Spendrups Bryggerier AB bifall till ansökan, 2014-08-29 - Starcigar Stockholm AB bifall till ansökan, 2014-08-29 - Stellan Kramer AB bifall till ansökan, 2014-08-22 - Svensk Bryggeritradition AB bifall till ansökan, 2014-08-29 - Symposioninternational AB bifall till ansökan, 2014-09-01 - Symposioninternational AB bifall till ansökan, 2014-09-01 - Symposioninternational AB bifall till ansökan, 2014-09-01 - Symposioninternational AB bifall till ansökan, 2014-09-01 - Södra Maltfabriken AB bifall till ansökan, 2014-08-29 - The Nils Oscar Company AB bifall till ansökan, 2014-09-09 - Tomp Beer Wine & Spirit AB bifall till ansökan, 2014-08-22 - Tomp Beer Wine & Spirit AB bifall till ansökan, 2014-08-22 - Tomp Beer Wine & Spirit AB bifall till ansökan, 2014-08-22 - Tre Svampar Import/Export bifall till ansökan, 2014-08-29 - Valora Trade Sweden AB bifall till ansökan, 2014-08-29 - Viness AB bifall till ansökan, 2014-09-01 - Virtuous Spirits AB bifall till ansökan, 2014-09-15 - W & B of Sweden AB bifall till ansökan, 2014-08-29 - Whiskytaste Sweden AB bifall till ansökan, 2014-08-26 - Västra Mäldardalens Bryggeri AB bifall till ansökan, 2014-07-30 - Västra Mäldardalens Bryggeri AB bifall till ansökan, 2014-07-30 - Västra Mäldardalens Bryggeri AB bifall till ansökan, 2014-07-30 - Österlenbryggarna AB bifall till ansökan, 2014-09-03
--	--

6.	Pressmeddelanden
7.	Nämndnyheter
8.	Kurser och konferenser <ul style="list-style-type: none"> - Inbjudan till Rädda Barnens seminarium om papperslösa barns kontakt med och tillgång till socialtjänsten, 2014-11-24 - Inbjudan till öppet hus på Björknäs dagliga verksamhet, 2014-10-13 - Inbjudan till konferens "Socialnämnders och vårdgivares ansvar i arbetet mot våld i nära relationer", Socialstyrelsen, 2014-11-27
9.	Rapporter från kurser och konferenser
10.	Brev, ansökningar m.m. till nämnden <ul style="list-style-type: none"> - Ernst & Youngs revisionsrapport 1/2014 – granskning av hemtjänst
11.	Lex Sarah- och Mariaanmälningar <ul style="list-style-type: none"> - Lex Sarahrapport: påtaglig risk för missförhållande, gäller NSC Talliden 2014-10-06, SÄN 2014/482-738
12.	Kvalitetsrapporter från verksamhetsbesök <ul style="list-style-type: none"> - Rapport från uppföljningsbesök hos Bullerbo korttidshem, 2014-08-27 - Rapport från uppföljningsbesök hos SKAPA daglig verksamhet, 2014-08-29 - Rapport från uppföljningsbesök hos Misa Bondegatan, 2014-09-10
13.	Övrigt <ul style="list-style-type: none"> - Förvaltningsrättens dom, 2014-09-22, i mål 21678-14 gällande tillämpning av alkohollagen. Domstolen avslår överklagandet. - Kallelse till Rådet för frågor kring funktionsnedsättning, 2014-09-17 - Minnesanteckningar Rådet för frågor kring funktionsnedsättning inkl bilaga, 2014-09-17 - Informationsbrev från KSL om samordnad individuell plan (SIP) för vuxna och äldre, 2014-09-10