

Slutrapport

Delprojekt organisation och medarbetare inom Projekt Rehabiliterande arbetssätt

Delprojektägare: Johanna Viberg
Delprojektledare; Kristina Lundberg
Delprojektmedarbetare; Hjördis Gustafsson, Camilla Brehmer Trumö, Anita Holt,
Gunilla Andersson, Jessica Henriksson, Anna-Stina Lander, Arianne Axevill
Konsultstöd Public Partner - Anna Drevenstam, Mats Carlström



Sammanfattning

Delprojektets ”Organisation och medarbetare” uppdrag har varit att utreda de nödvändiga organisatoriska förutsättningarna, inklusive bemanning, för att kunna genomföra ett rehabiliterande arbetssätt inom Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för funktionshindrade. Uppdraget har också varit att beskriva hur en förflyttning mot ett rehabiliterande arbetssätt ska kunna ske.

I ett första steg har en kartläggning av nuläget inom förvaltningarna skett (se bilaga Nulägesrapport). Syftet med kartläggningen har varit att påvisa strukturer och system i arbetet runt den enskilde. En enkät har genomförts där första linjens chefer har svarat på frågor om deras möjligheter att leda ett rehabiliterande arbetssätt. Stora medarbetargrupper får negativa konsekvenser för medarbetare och chefer. Chefer behöver få förutsättningar för att skapa engagemang och kunna utöva ett närvarande ledarskap och möjlighet att se, leda och återkoppla till sina medarbetare.

Delprojektets mål, att leverera ett beslutsunderlag med förslag till organisation och bemanning, har inte kunnat uppnås på en övergripande nivå.

Resultatet av den genomförda nulägeskartläggningen visar att det i stora delar av organisationen saknas förutsättningar att införa ett rehabiliterande arbetssätt. Det är organisationen närmast individen som behöver stärkas och det är där förändringar initialt behöver ske. Delprojektet har påvisat vilka områden i den individnära organisationen som behöver förändras och ger idéer om hur förändringarna ska se ut. Många av dessa områden är gemensamma för de olika verksamheterna, några är specifika.

Först när det är klart vilka förändringar som krävs är det möjligt att också se vad som krävs i den övergripande organisationen.

För att pröva idéer om förändring och skaffar reell kunskap och erfarenhet föreslås att testverksamheter genomförs. Testverksamhetens resultat ska visa hur en organisation med ett rehabiliterande arbetssätt skapas och ska utgöra en del av implementeringen inom övriga verksamheter.

I syfte att hitta en modell och en struktur för hur ett rehabiliterande arbetssätt ska prövas i en testverksamhet har en workshop genomförts med representanter från ett hemvårdsområde.

Delprojektets förslag om förflyttning mot ett rehabiliterande arbetssätt är att förändringen behöver vara långsiktig, ske successivt genom testverksamheter och ett målmedvetet och uthålligt arbete.

Delprojektgruppen rekommenderar att:

- Förflyttning sker genom testverksamhet
- Testverksamhet genomförs först inom hemvården under en period av ca ett år
- Andra verksamheter påbörjar förflyttningen med workshop och en testverksamhet för en kortare period utifrån den struktur som tagits fram

- En förändringsledare/motsvarande utses och finns med som stöd till testverksamheten
- Inom ramen för testverksamhet behöver varje chef inventera inom vilka kompetensområden medarbetarna behöver stärka
- Chefers antal underställda bör inte överstiga 30 månadsavlönade
- Chefer får kompetenspåfyllnad för att kunna driva och leda förändringsarbetet

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| Sammanfattning | 2 |
| Inledning | 6 |
| Metod | 6 |
| Vilka organisatoriska förutsättningar krävs för att införa ett rehabiliterande arbetssätt..... | 6 |
| Gemensamma organisatoriska förutsättningar inom berörda förvaltningar | 7 |
| Myndighetsavdelningen | 7 |
| Samarbetet mellan myndighetsavdelningen och verksamheterna | 7 |
| Teamsamverkan och teamets samlade kompetens..... | 7 |
| Kulturförflyttning och chefers förutsättningar..... | 8 |
| Samordning och koordinering..... | 8 |
| Bemanning..... | 9 |
| Dokumentation och kommunikation i verksamhetssystem..... | 9 |
| Förbyggande och hälsofrämjande insatser inom Vård- och omsorgsförvaltningen | 9 |
| Organisatoriska förutsättningar – specifikt för några olika verksamheter | 10 |
| Förvaltningen för funktionshindrade (FFF) – Barn- och unga med funktionsnedsättning – eget boende gruppboende med särskild service | 10 |
| Förvaltningen för funktionshindrade (FFF) – vuxna med funktionsnedsättning - bostad med särskild service | 10 |
| Förvaltningen för funktionshindrade (FFF) – vuxna med långvarig psykiatrisk problematik - Eget boende med bostadsstöd..... | 10 |
| Vård- och omsorgsförvaltningen - Vård och omsorgsboende | 11 |
| Vård- och omsorgsförvaltningen - eget boende (hemvård) | 11 |
| Övriga förutsättningar som påverkar införandet av ett rehabiliterande arbetssätt .. | 12 |
| Värdegrund..... | 12 |
| Serviceinsatser som inte behovsprövas..... | 12 |
| Förflyttning mot en rehabiliterande organisation genom testverksamheter | 13 |
| Workshop inför en testverksamhet | 13 |
| Efter genomförd workshop framkom följande..... | 14 |
| Om stödet ska utformas enligt individens målsättning – hur gör man då? | 14 |
| När man arbetar utifrån individens målsättning - vad ställer det för krav på samverkan mellan olika funktioner/yrkeskategorier? | 14 |
| Vad ställer ett rehabiliterande arbetssätt för krav på utförandet av insatser, samverkan kring individen, hur stor påverkan har det geografiska området, vad är ett rimligt antal medarbetare kopplat till individ, krav på teamets samlade kompetens | 14 |
| Testverksamhetens förutsättningar och tidsram | 15 |
| Risker att ta hänsyn till..... | 15 |
| Slutsatser..... | 17 |
| Nulägesrapport med bilagor | 18 |
| Sammanfattning nulägesrapport | 18 |
| Bakgrund | 20 |
| Metod nuläget | 20 |

| | |
|---|-----------|
| Målgrupper | 21 |
| Resultat av nulägeskartläggningen | 21 |
| Resultaten från målgruppsjämförelse | 21 |
| 1. Hur definieras den enskildes mål och hur definieras den enskildes mål | 21 |
| 2. Beskriv funktioner som finns runt den enskilde | 22 |
| 3. Hur kommuniceras den enskildes mål mellan yrkeskategorier..... | 22 |
| 4. Hur matchas den enskildes behov med funktion och kompetens..... | 23 |
| 5. Hur sker uppföljning av beslut och genomförandeplan | 24 |
| 6. Hur är chefernas förutsättningar för att styra och leda ett rehabiliterande arbetssätt? | 24 |
| Statistik kopplat till chefernas förutsättningar | 27 |
| Reflektioner om statistiken..... | 27 |
| Reflektioner från chefsstudien | 28 |
| Analys nuläget | 29 |
| Bilagor nulägeskartläggningen | 31 |
| Resultat Workshop målgrupper..... | 31 |
| Målgrupp 1 Barn och unga med funktionsnedsättning..... | 31 |
| Målgrupp 2 Vuxna med funktionsnedsättning Eget boende, Bostad med särskild service, Korttidsboende..... | 32 |
| Målgrupp 2 Vuxna med funktionsnedsättning Eget boende, Bostad med särskild service, Korttidsboende..... | 33 |
| Målgrupp 3 Vuxna med långvarig psykiatrisk problematik Eget boende med bostadsstöd, Bostad med särskild service | 34 |
| Målgrupp 4 Vård och omsorgstagare - eget boende | 36 |
| Målgrupp 4 Vård och omsorgstagare -Vård- och omsorgsboende..... | 38 |

Inledning

För att få en bild av förutsättningarna för ett rehabiliterande arbetssätt har en nulägeskartläggning inklusive en chefsenkät och en workshop för testverksamhet genomförts i delprojektet. Resultatet av dessa insatser redovisas i rapporten. Rapporten innehåller också en redogörelse för de förändringsbehov som är gemensamma för samtliga verksamheter samt de behov som är verksamhetsspecifika.

Metod

Delprojektet har under våren 2018 arbetat med att utifrån den genomförda nulägeskartläggning definiera vilka organisatoriska förutsättningar som är nödvändiga för att genomföra ett rehabiliterande arbetssätt. Arbetsgruppen har också ringat in avståndet mellan nuläget och det önskade läget och gett idéer om vad som behöver göras för att stärka organisationen.

Arbetsgruppen har genomfört en workshop med berörda kategorier inom Karla hemvårdsområde. Karla är det hemvårdsområde som utsetts som den första testverksamheten. Hemvården valdes utifrån att det är målgruppen som har de största organisatoriska utmaningarna. Vid workshopen deltog aktivt tilltänkt enhetschef för testverksamhet, verksamhetsstödjare och driftsplanerare, omvårdnadspersonal, biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef från dagverksamheten, enhetschef för anhörigcentrum. Därutöver deltog representanter från delprojektet samt konsulter från Public Partner.

Workshopens genomfördes med målet att hitta en modell och struktur för hur ett rehabiliterande arbetssätt ska kunna genomföras och prövas i en testverksamhet inom hemvården. Workshopen arbetade med ett fiktivt individärende (case) med beslut om insatser enligt Socialtjänstlagen och Hälso- och Sjukvårdslagen samt bistånd för dagrehabilitering. I det fiktiva individärendet fanns individuella mål formulerade med utgångspunkt utifrån ett rehabiliterande arbetssätt.

Vilka organisatoriska förutsättningar krävs för att införa ett rehabiliterande arbetssätt

Under arbetet med delprojektet konstateras att det krävs förändrade organisatoriska förutsättningar inom samtliga berörda verksamheter för att det ska vara möjligt att införa ett rehabiliterande arbetssätt. Det är i arbetet nära individen som förändringarna behöver starta. Först i ett nästa steg är det möjligt att bedöma vilka förändringar som kommer att krävas i den övergripande organisationen. De förutsättningar som krävs är i många delar samma oberoende av verksamhet samtidigt som det finns specifika delar för varje enskilt område. Som tidigare beskrivits är det hemvården, följt av vård- och omsorgsboenden, där diskrepansen mellan nuläget och vad som krävs i framtiden är som störst. Vi har därför ägnat särskild tid åt att fördjupa kunskaperna kring i första hand hemvården, vilket skett i workshopform. Nedan beskrivs de förändringar som är nödvändiga i samtliga berörda verksamheter samt de delar som är specifika för vart och ett.

Gemensamma organisatoriska förutsättningar inom berörda förvaltningar

Myndighetsavdelningen

Myndighets roll och uppdrag är grundläggande för samtliga berörda verksamheter. För att säkra ett rehabiliterande arbetssätt på Myndighetsavdelningen behöver hela processen runt Individens Behov i Centrum (IBIC)¹ anammas. Alla handläggare behöver utbildningar utifrån vad IBIC är, hur målsättningar formas tillsammans med den enskilde och hur behoven graderas. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kan vara ett hinder i sig, utifrån att det är en rättighetslagstiftning. Med lagen som utgångspunkt krävs ett särskilt arbete med att formulera individuella mål utifrån insatser och olika åldrar.

Verksamhetssystemet Treserva bör stödja arbetssättet fullt ut. Vård- och omsorgsförvaltningen har utifrån socialtjänstlagen (SoL) kommit längre i införandefasen av det nya Treserva än socialpsykiatri (SoL) och funktionshindrade (LSS). En planering finns för införandet av IBIC i verksamhetssystemet Treserva gällande LSS.

För att veta om den enskilde uppnår sin målsättning behöver individuppföljningen ske inom ramen för varje handläggares ansvarsområde. Detta gäller för såväl LSS-handläggare som biståndshandläggare.

Idag arbetar myndighetsavdelningen i allt för hög utsträckning i egna ”stuprör”, dvs en organisation som följer driftorganisationen och inte individens behov. Ett arbete har påbörjats för att bygga upp ett samarbete internt (team), över lagstiftningarnas gränser. Exempel på internt teamarbete kan vara att ett team har handläggare som arbetar med fokus mot ”standardiserade förlopp” med kortvariga beslut och snabb uppföljning. Ett annat team kan vara riktat mot de individer som omfattas av beslut inom flera lagrum både Socialtjänstlagen (SOL) och Lagen om stöd och service (LSS).

Samarbetet mellan myndighetsavdelningen och verksamheterna

Myndighetsavdelningen och verksamheterna behöver gemensamt arbeta och stärka samarbetet för att på så sätt säkra en gemensam bild av att det är individens målsättning som ska uppnås. Målen i besluten måste vara individuella. Generella mål försvårar implementeringen av rehabiliterande arbetssätt.

Genomförandeplanen behöver utvecklas ytterligare och ägas av alla i teamet. I dag ligger stort ansvar på kontaktpersonen för upprättande och uppföljning. HSL- och SOL dokumentationen behöver förenklas och utvecklas. I dag finns utmaningar att inom IT-stödet Treserva hantera alla fördelade vårdplaner för omvårdnadspersonalen. Detta är en viktig förutsättning för att medborgarens mål skall vara tydligt och enkelt att arbeta emot.

Teamsamverkan och teamets samlade kompetens

En ökad teamsamverkan med utgångspunkt i verksamheterna är nödvändig för att ett rehabiliterande arbetssätt ska kunna införas. Teamet behöver byggas genom att identifiera vilka olika funktioner/verksamheter som behöver ingå i teamet kring individen. Här är det både möjligt och troligt att en komplettering behöver ske vad gäller sammansättningen av

¹ Individens behov i centrum, IBIC, är ett behovsriktat och systematiskt arbetssätt för arbetet med vuxna personer oavsett ålder eller funktionsnedsättning utifrån socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). IBIC är en vidareutveckling av Äldres behov i centrum, ÄBIC.

kompetenser. Med hänvisning till likabehandlingsprincipen behöver alla individer, oavsett lagrum och behov, ha rätt till samma resursmässiga förutsättningar vilket i sin tur påverkar behovet av kommunikation och teamsamverkan. Idag är förutsättningarna för kommunikation och teamsamverkan kring den enskilde olika, både tidsmässigt och organisatoriskt, mellan både förvaltningar och verksamhetsområden vilket behöver förändras. Om förhållningssätt och arbetssätt ska förändras krävs tid såväl för planering som för återkoppling och reflektion. Allt utifrån målsättningen för berörd individ. Teamsamverkan med de olika funktioner/ verksamheter som idag saknas i teamet ska förbättras genom att kontakt tas för dialog. Rutiner behöver skapas för kontinuerlig dialog med regionen, habiliteringen, socialtjänsten, etc.

Kulturförflyttning och chefers förutsättningar

Vi kan i flera verksamheter och utifrån genomförd enkät se att arbetet bedrivs som mera hjälpande och vårdande än stödjande och stärkande. Tankesättet måste förflyttas från att försöka kompensera en funktionsnedsättning till att istället tänka att individen själv ska göra efter egen förmåga. Förhållningssättet idag inom exempelvis hemvården är att individens delaktighet ska öka. För att kunna införa ett rehabiliterande arbetssätt behöver istället individen bemötas som en jämbördig. Här behövs stöd till verksamhetens enhetschefer att bedriva en kulturförändring. Chefer måste ha kompetens- och tidsmässiga förutsättningar för att kunna införa ett rehabiliterande arbetssätt. Flera enhetschefer uppfattning är att den egna tiden inte räcker till men att också minskade mötestider i verksamheterna och personalreduceringar påverkar och försvårar införandet. Antalet underställda medarbetare varierar mellan de olika berörda verksamheterna. En förändring behöver ske om chefer ska ha möjlighet att ge sina medarbetare det stöd och den vägledning som krävs i ett rehabiliterande arbetssätt. Många enhetschefer upplever att administrationen successivt ökat under åren och mindre tid finns till själva ledarskapet.

Enkätresultat till chefer i berörda förvaltningar uttrycker att de som arbetar nära sin verksamhet har bättre förutsättningar att kunna se, leda och återkoppla till sina medarbetare.

Kommentarer från enkätundersökningen.

- Flera av cheferna rapporterar att de är bekymrade över en ökad administrativ belastning och att denna gör att de får sänka sin ambition kring ledarskapet.
- Flera återkommer om betydelsen av sin geografiska placering där närhet skapar förutsättningar för ett aktivt ledarskap.
- Där flest uttrycker att det brister i möjligheter att fullfölja chefskapet på ett tillfredsställande sätt anges att antalet medarbetare är orimligt många.
- Det finns några exempel där chefer beskriver att de nyttjar legitimerad personal och teamledare för att avlasta i det dagliga ledarskapet.

Cheferna upplever att deras arbete präglas av brandkärsuttryckningar och i mindre utsträckning av framförhållning och förutsägbarhet.

Samordning och koordinering

Nulägeskartläggningen har gett en bild av de många funktioner som är involverade runt en individ. Funktioner som inte är sampratade och som inte säkrar ett arbete mot en gemensam målbild. En samordning/koordinering av kommunens interna funktioner och externa aktörer måste ske. En sådan samordning kan kombineras med en utveckling av rollen som kontaktperson. Kontaktpersonen behöver ha en nära relation till individen

samt ha en helhetsbild över alla inblandade funktioner runt individen. Kontaktpersonen behöver även ha mandat att initiera gemensamma möten när så behövs. Kontaktpersonen ska kunna vägleda individen i kontakter med olika funktioner och ska också känna till individens nätverk så väl att vägledningen också ska kunna ges till de olika funktionerna.

Bemanning

Organisationen har mindre betydelse om vi inte har bemanning som kan skapa en relation till individen vi möter. Behovet av kontinuitet för individen är stort, antalet olika personal som individen möter behöver minska om det rehabiliterande arbetet ska bli framgångsrikt. En personalmässig stabilitet inom enheterna är en viktig faktor för att enhetschefer ska kunna bedriva ett förändringsarbete och införa ett rehabiliterande arbetssätt.

Omfattningen av timavlönade korttidsvikarier, som inte har fått tillräcklig introduktion i ett rehabiliterande arbetssätt, blir en försvårande omständighet. En kvalitetssäkring av samarbetet mellan enheter och Vård- och omsorgsförvaltningens Bemanningsenhet och dess processer är viktig i detta sammanhang.

Dokumentation och kommunikation i verksamhetssystem

Idag sker en stor del av kommunikationen via verksamhetssystem Treserva. Olika professioner har genom sin behörighet tillgång till olika delar i systemet. Verksamhetssystem behöver utvecklas exempelvis behöver kvaliteten i dokumentationen förbättras. Det innebär att både innehåll och kommunikationsvägar via verksamhetssystemet säkerställs. För individerna finns olika planer (exempelvis genomförandeplaner, vårdplaner, besöksplaner) som behöver integreras i verksamhetssystemet. Idag finns svårigheter för berörda funktioner att överföra planer till verksamhetssystemet och dokumentera på ett sammanhållet sätt kring individen. Korrekta begrepp som överensstämmer med ett rehabiliterande arbetssätt måste användas tex ”att stödja” istället för ”att hjälpa”.

Förbyggande och hälsofrämjande insatser inom Vård- och omsorgsförvaltningen

En ökad samverkan med civila samhället, anhöriga och olika nätverk är nödvändigt för ett rehabiliterande arbetssätt. Då kan fler medborgare nå sina mål och bidra till ett sammantaget minskat stödbehov och till minskade kostnader. Fortsatt arbete med volontärverksamheten inom verksamheterna och direkt till medborgare är av stor vikt.

Frivillig och hälsofrämjande enheten erbjuder socialt stöd och aktiviteter tillsammans med civilsamhället på många olika sätt. De många träffpunkter som i samverkan med civilsamhället utgör en viktig hälsofrämjande insats såväl på individ som på gruppnivå och är en viktig samarbetspart för verksamheterna i ett rehabiliterande arbetssätt.

Seniorlotsarna har en viktig roll och funktion i ett rehabiliterande arbetssätt. Seniorlotsarna informerar individer över 75 år om bl.a. träffpunkter för sociala sammanhang, kommunens restauranger för att få hälsosam kost. Genom seniorlotsens kontakt och information om frisk-och riskfaktorer kan individens behov av insats med biståndsbeslut fördröjas.

Individernas anhöriga är en stor trygghet för den enskilde och en resurs när det gäller att motivera den enskilde att nå sina mål. Teamet runt den enskilde behöver i högre utsträckning bjuda in och se anhöriga som en resurs då de har kunskap om och en relation till den enskilde. Verksamheterna behöver informera om anhörigcentrum så att den

anhöriga får möjlighet till stöd, kunskap och avlastning. Att stärka samarbetet med förebyggande och anhörigcentrum kan bidra till minskad ohälsa och att fördröja den anhörigas egna behov av insatser framåt.

Organisatoriska förutsättningar – specifikt för några olika verksamheter

Några av de berörda verksamheterna har utöver de gemensamma förutsättningar också specifika förutsättningar som är viktiga att belysa vilket görs nedan.

Förvaltningen för funktionshindrade (FFF) – Barn- och unga med funktionsnedsättning – eget boende gruppboende med särskild service

Inom verksamheterna sker idag samverkan med skola, habilitering och socialtjänst genom SIP² SAMBA³ och habiliteringsmöten. Verksamheterna arbetar alltid utifrån barn och ungdomars individuella mål. Målplanering genomförs minst en gång per år med vårdnadshavare/ legal företrädare. Verksamheterna arbetar aktivt med små uppnåbara mål i genomförandeplanerna som även innehåller rutinbeskrivningar, arbetsbeskrivningar och handlingsplaner. Arbetet med ett rehabiliterande arbetssätt inom Barn- och ungas verksamheter begränsas när socialförvaltning och skola ännu inte omfattas av ett rehabiliterande arbetssätt, eftersom många servicemottagare är gemensamma.

Förvaltningen för funktionshindrade (FFF) – vuxna med funktionsnedsättning - bostad med särskild service

Inom verksamheterna finns individer som inte kan uttala vad de vill och vilka mål de önskar uppnå. Boendestödjarnas/baspersonalens kompetensnivå varierar och det finns inte tillgång till boendepedagoger i alla verksamheter. I verksamheter där resursen finns är den inte alltid tillräcklig för att boendestödjarnas/baspersonalens ska få tillräckligt stöd i arbetet med upprätta individuella mål och genomförandeplaner. Stöd till boendestödjarna/baspersonalen från boendepedagoger i arbetet med genomförandeplaner och individuella mål måste finnas i tillräcklig utsträckning.

Den interna och externa samverkan behöver förbättras och utvecklas för att möjliggöra införandet av rehabiliterande arbetssätt. Det handlar då främst om myndighetsavdelningen, daglig verksamhet och hälso- och sjukvårdsenheten. Socialtjänsten och övriga externa verksamheter/samverkanspartners som inte ingått i projektet rehabiliterande arbetssätt behöver involveras i det fortsatta arbetet framåt.

Chefer behöver möjlighet att avsätta tid för förändringsarbetet och kunna utöva ett nära ledarskap. De behöver tillräckligt med resurser i verksamheten och god tillgång till administrativt stöd och pedagogiskt stöd.

Förvaltningen för funktionshindrade (FFF) – vuxna med långvarig psykiatrisk problematik - Eget boende med bostadsstöd

För att möjliggöra ett rehabiliterande arbetssätt krävs en tätare samverkan internt med främst med biståndshandläggning och Socialtjänsten. För socialpsykiatriens del också med Förvaltningen för utbildning, försörjning och arbete (Fufa). Strukturerna behöver förändras så att samtliga förvaltningar hittar enkla och smidiga samverkansformer. För

² SIP Samordnad individuell planering

³ SAMBA är Samverkansledning för barns och ungas bästa

socialpsykiatrins del är det en förutsättning att även socialförvaltningen inkluderas och är insatta i ett rehabiliterande arbetssätt, eftersom många servicemottagare är gemensamma. Rehabiliterande arbetssätt måste kommuniceras hos servicemottagaren initialt och det krävs en tät och kontinuerlig uppföljning. En tydligare framförhållning i bostadsplanering gällande bostadstrappan – ökat antal valmöjligheter, såsom exempelvis träningsboende, övergångsboende etc. Långa väntetider och köer försvårar ett rehabiliterande arbete. Bostadsflyttning mellan Vård- och Omsorg och socialpsykiatrin måste ha rutiner och strukturer för att det inte ska ta för lång tid och fungera så effektivt som möjligt.

Vård- och omsorgsförvaltningen - Vård och omsorgsboende

Mellan hemvården och vård- och omsorgsboenden behöver samarbetet utvecklas, bl.a. för de personer som vistas på växelvård. En gemensam plan bör gälla både för hemvården och växelvården. Det innebär att målpuppfyllelsen ökar för den enskilde och ger medarbetarna i båda verksamheterna en tydlighet i hur de skall arbeta.

I Vård och omsorgsboenden är arbetsterapeuten en särskilt viktig resurs utifrån sin kompetens att driva ett rehabiliterande arbetssätt i teamet. Arbetsterapeutresurser behöver utökas när ett rehabiliterande arbetssätt införs.

En begränsad resurstilldelning ställer höga krav på kompetens och att säkra rätt person på rätt plats. Det blir allt svårare att rekrytera medarbetare med den kompetens som uppdraget kräver och det blir en utmaning att kunna uppnå hög kvalitet och målpuppfyllelse. Att använda befintlig kompetens rätt och efterfråga kompletterande kompetens (breddad kompetensförsörjning) är viktigt för att möta framtidens rekryteringsutmaning.

Enhetschefer på vård- och omsorgsboenden upplever det utmanande att leda verksamheten utifrån nuläget (se nulägeskartläggningen). Chefers arbetsmiljö behöver förbättras i syfte att öka möjligheterna för dem att kunna leda, planera och återkoppla till sina medarbetare. De stödfunktioner som finns i verksamheten, exempelvis de administrativa, behöver utvecklas i syfte att skapa avlastning och möjligheter för chefer att leda i förändring.

Vård- och omsorgsförvaltningen - eget boende (hemvård)

Genomförandeplanerna ska följas upp kvartalsvis vilket inte sker idag. För att ett rehabiliterande arbetssätt ska kunna införas behöver därför frekvensen och kontinuiteten av hemvårdsgruppernas uppföljning av genomförandeplanerna öka.

Teamsamverkan inom hemvården är idag bristfällig och det finns idag inte tillräckligt många strukturerade teamträffar med kvalitativt innehåll. En väl fungerande teamsamverkan är en förutsättning för att införa ett rehabiliterande arbetssätt och därmed behöver teamsamverkan bli mer strukturerad och kvaliteten och omfattningen av teamträffarna behöver öka.

Chefer inom hemvården har stort antal anställda underställd personal. Hemvårdens chefer behöver få både tid och handlingsutrymme till att driva förändringen mot ett rehabiliterande arbetssätt istället för att lägga tid på så kallade ”brandkårsuttryckningar”. En översyn av administrativa resurser i verksamheten behöver göras.

Vid införandet av ett rehabiliterande arbetssätt kommer mer kraft att behöva läggas på förebyggande arbetsmiljöåtgärder för att minska sjuktal och som effekt av detta även minska andelen timavlönade vikarier. För att minska sjukfrånvaron kan även spelreglerna inom hemvårdsgrupperna behöva bli mer tydliga och ofta uttalade. I en väl fungerande organisation är spelreglerna väl kända av alla berörda. Erfarenhet visar att en av orsakerna till att grupper fungerar dåligt är att de ofta har otydliga och okända spelregler, vilket betyder skilda uppfattningar om uppdraget; varför jag går till jobbet, vad jag ska göra, hur det ska göras, vem som beslutar om vad och så vidare. Resultatet blir ineffektivitet och ett dåligt klimat. Tydliga och uttalade spelregler leder till trygga och säkra relationer vilket är en grundbult för effektivitet och trivsel.

Andelen timavlönade är mycket hög inom hemvården. En nivå på 27 procent timavlönade motsvarar 129 årsarbetare. Varje årsarbetare beräknas motsvara 3 - 4 personer. Alla timavlönade (idag ca 450) ska ha introduktionsutbildningar i lyftteknik och introduceras på arbetsplatsen, vilket kräver både tid och pengar för verksamheten. Varje ny undersköterskas första tredagarsintroduktion (där dokumentation, delegering och lyftkörkort ingår) kostar cirka 8 800 kr. För stort nyttjande av korttidsvikarier med sämre förutsättningar påverkar kontinuiteten och kvaliteten negativt. Ett mindre antal timavlönade korttidsvikarier kommer även fortsättningsvis behövas för att möta helt oplanerad frånvaro. Då vårdtyngden inom hemvården plötsligt kan öka eller minska behöver en flexibilitet finnas i bemanningen.

Samarbete mellan både verksamhetsområden och förvaltningar är idag begränsat. För att införa ett rehabiliterande arbetssätt krävs ett gränsöverskridande samarbete där individens bästa är i fokus.

För hemvården kan det vara att ”öppna dörrarna” till vård- och omsorgsboendena och erbjuda individer gemensamma aktiviteter.

Ett annat område är att lokalförsörjningsavdelningen använder sina resurser på bästa sätt för att stödja hemvårdsverksamheterna i detta förändringsarbetet. De behöver aktivt arbeta för att söka lösningar på identifierad problematik gällande lokaler.

Dagverksamhet och hemvården behöver teamsamverka och ha gemensamt mål och gemensam dokumentation.

Övriga förutsättningar som påverkar införandet av ett rehabiliterande arbetssätt

Värdegrund

Vård och omsorgs värdegrund och värdighetsgarantier samt Förvaltningen för funktionshindrades värdeord måste harmoniera med vad som är centralt i ett rehabiliterande arbetssätt. Det innebär att respektive förvaltnings värdegrund behöver ses över vid införandet av ett rehabiliterande arbetssätt

Serviceinsatser som inte behövsprövas

När medborgarna nått 75 års ålder kan de beställa hjälp med städning, tvätt, inköp, fixartjänster, matlagning, snöskottning, sandning/saltning, vädra/piska stora mattor, trädgårdsarbete och hjälp vid olika aktiviteter i upp till åtta timmar i månaden utan ett biståndsbeslut. Vilka tjänster medborgaren önskar hjälp med bestämmer de själva utan att

det behövs prövas. Den möjligheten motverkar ett rehabiliterande arbetssätt där individen ska stärkas att klara sin vardag själv i så hög utsträckning som möjligt.

Förflyttning mot en rehabiliterande organisation genom testverksamheter

Delprojektet har visat på ett antal områden som behöver förändras inom varje verksamhet för att en förflyttning mot ett rehabiliterande arbetssätt ska vara möjligt.

Verksamheterna har idag olika förutsättningar. Förflyttning föreslås ske genom testverksamhet för att i reell miljö kunna pröva, följs upp och utvärdera att verksamheten utvecklas mot ett rehabiliterande arbetssätt

Testverksamheten ska genom kunskap utreda hur den individnära organisationen behöver förändras. De organisatoriska förutsättningarna som ska följas inom testverksamheten är bland annat arbetssätt, rimligt antal individer kopplade till teamet, geografiska områden, teamets samlade kompetens, en hjälpande kultur ska förändras till en stödjande, individuella mål ska formuleras och följas upp, följa om chefernas har förutsättningar att leda det rehabiliterande arbetssättet

En första testverksamhet kommer genomföras inom eget boende, vård- och omsorgsförvaltningen, det verksamhetsområdet som är i störst behov av en genomgripande förändring. Kunskapen från testverksamheten ska kunna appliceras på andra hemvårdsområden. Därefter följer testverksamheter inom övriga verksamhetsområden för att det så småningom ska vara möjligt att det rehabiliterande arbetssättet helt och hållet ska genomsyra de båda förvaltningarnas verksamheter.

Struktur med workshop och testverksamhet ska kunna appliceras på samtliga verksamhetsområden.

Workshop inför en testverksamhet

Delprojektet har genomfört en workshop med berörda kategorier inom Karla hemvårdsområde. Karla är också det hemvårdsområde som kommer att vara testverksamhet. Vid workshopen deltog aktivt tilltänkt enhetschef för testverksamhet, verksamhetsstödjare och driftsplanerare, omvårdnadspersonal, biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, enhetschef från dagverksamheten, enhetschef för anhörigcentrum. Därutöver deltog representanter från delprojektet samt konsulter från Public Partner.

Workshopen arbetade med ett fiktivt case med insatser och beslut utifrån socialtjänstlagen (SOL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), samt bistånd för dagrehabilitering. I caset fanns ett individuellt mål formulerat utifrån ett rehabiliterande arbetssätt.

De organisatoriska förutsättningarna som ska följas inom testverksamheten är samverkan i teamet, dokumentation, arbetet med olika planer, rapportering, dagsplanering, rimligt antal individer kopplade till teamet, rimligt antal medarbetare kopplade till individen, teamet geografiska områden, teamets samlade kompetens, chefstäthet, behov av andra

kompetenser än omvårdnadspersonal, schemaläggning och bemanning, kompetensöverföring mellan arbetskamrater och att lära av varandra. Testverksamheten behöver kontinuerligt följas upp utifrån olika nyckeltal och hur medarbetare påverkas. Ökar möjligheten till kompetensöverföring, lär man av varandra? Hur påverkas arbetsmiljön och sjukfrånvaron? Minskar andelen timavlönade? Minskar sjukfrånvaron? Minskar korttidssjukfrånvaro?

Efter genomförd workshop framkom följande

Om stödet ska utformas enligt individens målsättning – hur gör man då?

Individen måste vara delaktig i många fler moment mot idag. Tillsammans med individen planeras HUR insatsen ska genomföras, när på dagen mm. Det behöver vara ett mindre antal medarbetare runt individen för att skapa trygghet, våga utmana individen att klara sig själv. På detta sätt stärks individen att självständigt göra en aktivitet. Genom att sätta delmål kan vägen till självständighet öka succesivt.

Testverksamheten behöver involvera volontärverksamhet för att tillsammans med kommunen skapa trygghet och bidra till ett socialt liv. Inom ramen för testverksamheten behöver samarbetet med frivillig- och hälsofrämjande enheten stärkas. De många träffpunkter som i samverkan med civilsamhället är en viktig insats måste synliggöras som samarbetspart.

När man arbetar utifrån individens målsättning - vad ställer det för krav på samverkan mellan olika funktioner/yrkeskategorier?

En viktig funktion är individens kontaktperson (omvårdnadspersonal), som känner till och har mest kunskap om individen. Kontaktpersonen ska fungera som en koordinator/samordnande funktion och en resurs för övriga i teamet. Kontaktpersonens uppdrag och ansvar måste stärkas. Att som idag besöka den individ man är kontaktperson för varannan månad understödjer inte ett rehabiliterande arbetssätt. Det måste finnas möjlighet för kontaktpersonen att vara hos individen oftare. Exempelvis vara den som följer med på läkarbesök. Det måste finnas tid för avstämning hemma hos individen, för teamet att träffas och för att träffa andra funktioner. Om individens förmåga förbättras genom träning vid dagvård ska kontaktpersonen ha tid för avstämning med personal inom dagvård. Det kan innebära att behovet av insats kan minska.

Kontaktpersonen kan i sin koordinators roll föreslå träffar med andra funktioner/yrkeskategorier. Vilka som behöver träffas avgörs utifrån behov.

Att utveckla arbetsverktyg och rutiner blir viktigt i samverkan mellan olika funktioner. Att dokumentera hemma hos individen är ett sätt att få individen mer delaktig i målsättningen och i att följa upp och revidera genomförandeplanen. Att använda Skype är ett annat sätt att möjliggöra tid för olika funktioner att träffas och samverka.

Vad ställer ett rehabiliterande arbetssätt för krav på utförandet av insatser, samverkan kring individen, hur stor påverkan har det geografiska området, vad är ett rimligt antal medarbetare kopplat till individ, krav på teamets samlade kompetens

Digitala verktyg behöver utvecklas och olika verksamhetssystem behöver vara kompatibla och integrerade med varandra.

När en individ skrivs ut från sjukhuset görs tex. en bedömning att individen behöver hjälp med ett flertal insatser. Om det inte görs en uppföljning i nära anslutning till hemgång är det lätt att insatserna fortsätter även om behovet minskat. Med ett rehabiliterande arbetssätt krävs uppföljning.

Introduktion och kunskap om rehabiliterande arbetssätt är viktigt för nya medarbetare. Det kan behövas coachning initialt i teamsamarbete. Andelen timavlönade korttidsvikarier måste minska. Med ett stort antal korttidsvikarier, som frekvent byts ut, är det svårt att upprätthålla ett rehabiliterande arbetssätt.

Ett mindre geografiskt område ger bättre förutsättningar för att kunna arbeta i mindre team för en grupp individer. Det stärker även kontaktmannskapet när det är begränsat till ett antal individer inom det geografiska området. En följd effekt blir också att restiden minskar och en ineffektiv planering motverkas där medarbetare behöver åka fram och tillbaka. Lokaler centralt placerade inom hemvårdsområdet underlättar planering och samordning.

Från deltagarna på workshopen framkom att ett rimligt antal medarbetare bör vara max 10–12 omvårdnadspersonal under en 14 dagars period. Idag är det 18,7 olika omvårdnadspersonal som kommer till samma person under en 14 dagars period. Vad som är rimligt behöver prövas i testverksamheten.

När det gäller teamets samlade kompetens framkom på workshopen att en kompletterande yrkeskompetens kan vara en kuratorsfunktion eftersom många individer drabbas av psykisk ohälsa. Istället för en kurator kan den nya befattningen specialistundersköterska-psykisk ohälsa svara upp mot behovet.

Om testverksamheten medför att kontaktpersonen får ett större ansvar, att medarbetare arbetar mot ett färre antal individer, att var och en känner ett större ansvar och engagemang för individens måluppfyllelse leder det till ett mer attraktivt arbete.

Testverksamhetens förutsättningar och tidsram

En bedömning behöver göras av vad som är en realistisk tidsram för en testverksamhet. För den inledande testverksamheten inom hemvården kan ett år vara en lämplig genomförandetid. Senare testverksamheter kan genomföras på kortare tid. För att ett rehabiliterande arbetssätt ska kunna genomföras krävs en kulturförändring och den kan vara olika stor beroende på verksamhet. Nödvändiga utbildningsinsatser för chefer och medarbetare inom rehabiliterande arbetssätt behöver planeras. Chefen ska leda förändringen mot ett rehabiliterande arbetssätt, vilket kan innebära ett behov av utbildning i förändringsledning.

Den metod för verksamhetsutveckling genom ”ständiga förbättringar” som kommunen tidigare infört är lämplig att använda i genomförandet.

Risker att ta hänsyn till

Under testverksamhet behöver risker i förväg identifieras. Kan testverksamheten leda till en ökad personalomsättning? Kan det vara svårt att motivera medarbetarna för att delta i testverksamheten? Vad händer om den chef som ska ingå i piloten inte får tillräcklig tid för uppdraget? Finns det risk att det blir en testverksamhet som inte leder till önskad

förändring? När riskerna identifierats behöver en plan utformas för hur dessa ska minimeras.

Slutsatser

Den genomförda nulägeskartläggningen visar att stora delar av organisationen saknar de förutsättningar som krävs för att ett rehabiliterande arbetssätt ska kunna införas. Nulägeskartläggningen visar också att det är den individnära organisationen som först måste stärkas innan det är möjligt att se vad som krävs av den övergripande organisationen. Störst förändringsbehov finns inom vård- och omsorgs hemvård, följt av vård- och omsorgsboende. För att säkra att de förändringar som görs leder i rätt riktning föreslås att testverksamheter genomförs innan en implementering sker i hela organisationen.

Testverksamheten måste följas och stödjas i utvecklingen samt kontinuerligt utvärderas utifrån olika nyckeltal. En utsedd förändringsledare/motsvarande behöver stödja testverksamhetens chef i arbetet mot en organisation som arbetar enligt ett rehabiliterande arbetssätt.

Liknande testverksamheter kommer att behöva genomföras inom de övriga verksamhetsgrenarna inom Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för Funktionshindrade. En successiv förflyttning mot ett rehabiliterande arbetssätt i hela organisationen kommer att pågå över ett antal år. Det kommer att krävas målmedvetenhet, långsiktighet och uthållighet om kultur och arbetssättet på sikt ska ge de önskade effekterna för individer och för verksamheten i stort.

Delprojektgruppen föreslår att:

- Förflyttning sker genom testverksamhet
- Karla hemvårdsområde påbörjar sin testverksamhet i augusti 2018
- En förändringsledare/motsvarande utses och finns med som stöd till testverksamheten
- Efter Karlas hemvårds testverksamhet sker förflyttning inom övriga hemvårdsområden
- Inom ramen för testverksamhet behöver varje chef inventera inom vilka kompetensområden medarbetarna behöver stärkas
- Andra verksamheter påbörjar förflyttningen med en workshop och en testverksamhet för en kortare period utifrån den struktur som tagits fram för Karla hemvård.
- Chefers antal underställda inte ska överstiga 30 månadsavlönade
- Chefer får kompetenspåfyllnad för att kunna driva och leda förändringsarbetet
- Myndighetsavdelningen behöver säkra individuppföljningen

Nulägesrapport med bilagor

Sammanfattning nulägesrapport

Delprojektet *Organisation och medarbetares* uppdrag är att utreda de nödvändiga organisatoriska förutsättningarna för att kunna genomföra ett rehabiliterande arbetssätt inom Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för funktionshindrade. I ett första steg har en kartläggning av nuläget inom förvaltningarna skett. Projektgruppen har definierat sex frågeställningar som besvaras i kartläggningen:

1. Hur arbetar man mot den enskildes mål och hur definieras den enskildes mål
2. Beskriv funktioner som finns runt den enskilde
3. Hur kommuniceras den enskildes mål mellan yrkeskategorier
4. Hur matchas den enskildes behov med profession/kompetens
5. Hur sker uppföljning av beslut och planer
6. Hur är chefernas förutsättningar för att styra och leda ett rehabiliterande arbetssätt

Delprojektgruppen har definierat fyra huvudsakliga målgrupper att utgå från vid kartläggningen av nuläget. Målgrupperna är definierade utifrån lagstiftning Socialtjänstlagen (SOL), Lag om stöd och service (LSS), Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), samt utifrån behov och insatser

- barn-och unga med funktionsnedsättning, i eget boende eller i gruppboende med särskild service
- vuxna med funktionsnedsättning, i eget boende, i korttidsboende eller i bostad med särskild service
- vuxna personer med långvarig psykiatrisk problematik, i eget boende eller i boende med särskild service
- vård och omsorgstagare, i eget boende eller i vård- och omsorgsboende.

Syftet med kartläggningen är att påvisa strukturer och system i arbetet runt den enskilde för att på så sätt kunna besvara de ovan angivna frågeställningarna. Workshops utifrån de olika målgrupperna har genomförts där representanter från delprojektgruppen och berörda verksamheter har deltagit. Varje workshop har utgått från en fiktiv enskild individ med ett flertal insatser, som är representativ för målgruppen. Givetvis finns stora olikheter inom målgrupperna, men den fiktiva enskilde representerar strukturer och system inom målgruppen. En enkät har genomförts där första linjens chefer har svarat på frågor om deras möjligheter att leda ett rehabiliterande arbetssätt.

Kartläggningen visar att biståndshandläggare och LSS handläggare inte definierar mål för den enskilde individen. Målen är genomgående övergripande, generella och insatsfokuserade. De olika planerna som utarbetas av funktioner runt individen kommunicerar inte med varandra. Dokumentation och kommunikation sker oftast separat för varje yrkesgrupp.

Uppföljning av myndighetsbeslut som är tillsvidare sker inte i enlighet med lagstiftningen. Tiden för teamavstämning runt individen varierar, den är mycket knapp inom Vård- och omsorgsförvaltningen. I andra verksamheter finns mer tid avsatt.

Utmaningarna för chefer i organisationen är särskilt stora inom Vård- och omsorgsförvaltningen, allra störst inom hemvården. Antal underställda medarbetare varierar mellan 30 och 60 månadsavlönade och timavlönade oräknade.

Specialistkompetens i form av stödsamordnare⁴ och boendepedagoger⁵ som handleder och matchar boendestödjare⁶ utifrån ett pedagogiskt arbetsätt i arbetet med den enskilde finns för alla målgrupper utom för vård- och omsorgstagare. Kartläggningen ger bilden av att chefer som finns nära sin verksamhet har bättre förutsättningar att kunna se, leda och återkoppla till medarbetarna och därmed bättre förutsättningar vid förändringsarbete.

Sammanfattningsvis kan sägas att de organisatoriska förutsättningarna för ett rehabiliterande arbetsätt varierar stort mellan målgruppsverksamheterna och att det är Vård- och omsorgsförvaltningen och eget boende som har de största utmaningarna

Att omfatta de privata utförarna i kartläggningen har inte varit möjlig genom vår metod med workshops. Däremot har enkäten skickats ut till alla bolag men ytterst få svar har kommit in varför det inte är möjligt att dra några slutsatser för de verksamheterna.

⁴ Inom socialpsykiatri finns stödsamordnare som säkerställer kvalitetsarbete, samverkansarbete och uppföljning.

⁵ Stödjer personer med funktionsnedsättning direkt eller via arbetslaget med pedagogisk vägledning och invidanpassat vardagsstöd

⁶ Stödjer personer med funktionsnedsättning (omvårdnadspersonal)

Bakgrund

Delprojektet *Organisation och medarbetare* har genom kartläggning av nuläget fått en bild över de organisatoriska förutsättningarna för ett rehabiliterande arbetssätt inom Vård- och omsorgsförvaltningen och Förvaltningen för funktionshindrade.

Delprojektet har inom ramen för nulägesbilden genomfört en studie över chefers förutsättningar för ett rehabiliterande arbetssätt.

Metod nuläget

Delprojektgruppen har definierat fyra målgrupper att utgå från vid kartläggningen av nuläget. Målgrupperna är definierade utifrån lagstiftning, behov och insatser (SOL, LSS, HSL). För att identifiera varje målgrupps utvecklingssituation, förmåga och förutsättningar för ett rehabiliterande arbetssätt har delprojektgruppen utgått från följande frågeställningar.

1. Hur arbetar man mot den enskildes mål och hur definieras den enskildes mål
2. Beskriv funktioner som finns runt den enskilde
3. Hur kommuniceras den enskildes mål mellan yrkeskategorier
4. Hur matchas den enskildes behov med profession/kompetens
5. Hur sker uppföljning av beslut och planer
6. Hur är chefernas förutsättningar för att styra och leda ett rehabiliterande arbetssätt

Kartläggningen av nuläget syftar till att påvisa *strukturer och system* i arbetet runt den enskilde och de organisatoriska förutsättningarna i berörda förvaltningar. Syftet är att kartlägga hur det fungerar idag och belysa förutsättningar för utveckling.

Metoden för kartläggning av nuläget har skett genom workshop⁷ utifrån de olika målgrupperna där representanter från delprojektgruppen och verksamheten har deltagit. Varje workshop har beskrivit en fiktiv enskild med ett flertal insatser, som ska vara representativ för målgruppen. Givetvis finns stora olikheter inom målgrupperna, men den fiktiva enskilde representerar strukturer och system inom målgruppen.

Metoden med workshops har inte varit möjlig att genomföra med privata utförare.

Med utgångspunkt från målgrupperna workshop, chefernas förutsättningar och statistik har delprojektgruppen, under en heldag, arbetat med målgruppsjämförelser. De iakttagelser, bedömningar och slutsatser av nuläget ger en bild av de organisatoriska förutsättningarna att bedriva verksamhet utifrån ett rehabiliterande arbetssätt.

⁷ Dokumenterade workshop se bilaga 1

Målgrupper

1. **Barn-och unga med funktionsnedsättning**
 1. Eget boende
 2. Gruppboende med särskild service
2. **Vuxna med funktionsnedsättning**
 1. Eget boende
 2. Bostad med särskild service
 3. Korttidsboende
3. **Vuxna personer med långvarig psykiatrisk problematik**
 1. Eget boende
 2. Bostad med särskild service
4. **Vård- och omsorgstagare**
 1. Eget boende med förebyggande
 2. Eget boende med HSL (hemsjukvård och/eller dagrehab)
 3. Eget boende med SOL (hemvård och/eller dagvård)
 4. Eget boende med SOL och HSL
 5. Vård- och omsorgsboende

Resultat av nulägeskartläggningen

Resultaten från målgruppsjämförelse

1. Hur definieras den enskildes mål och hur definieras den enskildes mål

Inom samtliga målgrupper definieras inte den enskildes mål av biståndshandläggare/LSS handläggare. Om mål finns utgår de inte från den enskilde, utan är övergripande, generella och insatsfokuserade. Besluten är oftast inte tidsbegränsade utan gäller tillsvidare. I beslut enligt LSS uttrycks de generella målen ofta som ”leva självständigt”. I beslut enligt SOL uttrycks de generella målen ofta som ” skapa trygghet”.

De generella målen är nedbrutna i genomförandeplaner. Genomförandeplanen har mer karaktären av en rutinbeskrivning över insatserna som inte hänger ihop med de övergripande målen i myndighetsbesluten för den enskilde. Genomförandeplanen beskriver HUR, dvs. individens önskemål om insatsen. Önskemålen kan innebära när insatsen ska genomföras, av vem och hur.

Inom målgrupp 4, eget boende, innebär de övergripande besluten om insats angivelse i tid. Inom målgrupp 2 vuxna med funktionsnedsättning, dokumenteras i genomförandeplanen hur den enskilde vill bli bemött, rutiner och metod för kommunikation.

Inom målgrupperna arbetar man med genomförandeplaner på olika sätt. Exempel på olikheter är att inom målgrupp 2, LSS, personlig assistans upprättar man oftast inte någon genomförandeplan. Inom målgrupp 4, vård- och omsorgsboende upprättas genomförandeplan efter 30 dagar även om arbetet med genomförandeplanen påbörjas vid inflyttning. Generella mål bryts ibland ner till individuella mål.

I myndighetsbesluten likväl som i genomförandeplaner saknas incitament för att individen ska utvecklas och behoven därmed minska.

Inom målgrupp 4, eget boende, arbetar förebyggande verksamhet (dagrehabiliteringen) med individuella mål i samråd med den enskilde. Målen dokumenteras i en rehabiliteringsplan i Treserva. Planen ger information till övriga aktörer.

2. Beskriv funktioner som finns runt den enskilde

Inom de olika målgrupperna finns ett flertal olika yrkesfunktioner både interna och externa. Inom målgrupp 1–3 finns en större bredd av kompetenser som samverkar för den enskilde. Det skiljer sig från målgrupp 4 där det finns mer likartade kompetenser.

Inom målgrupp 3, vuxna med långvarig psykiatrisk problematik, finns ett team med ett färre antal boendestödare runt varje enskild. I det fiktiva exemplet finns tre medarbetare runt den enskilde. Därutöver finns stödsamordnare och boendepedagog.

I jämförelse med målgrupp 4 vård- och omsorgstagare, eget boende, är det stor skillnad eftersom teamet består av ett stort antal undersköterskor. Många är korttidsvikarier med sämre förutsättningar. Därutöver finns sjuksköterskor, arbetsterapeuter och aktörer från den förebyggande verksamheten.

Externa kompetenser är olika medicinska och rehabiliterande funktioner från öppen- och slutenvården. Endast inom målgrupp 1, barn och unga med funktionsnedsättning, finns myndighet med som en part vid samverkan runt den enskilde.

3. Hur kommuniceras den enskildes mål mellan yrkeskategorier

Myndighetshandläggningen kommunicerar alltid uppdragen för beviljade beslut via Treserva ut till verksamheterna. Kommunikation om den enskildes mål sker sporadiskt mellan biståndshandläggare/LSS handläggare och verksamhetsansvariga om det inte är ett extra komplext ärende. Målgrupp 1, Barn och unga, skiljer sig åt från övriga målgrupper utifrån att LSS handläggaren fortsättningsvis ingår som en naturlig del i teamsamverkan.

Med utgångspunkt från myndighetsbeslutet upprättas olika planer (vårdplaner, genomförandeplaner, insatsplaner, besöksplaner, målplaner, rutinbeskrivningar etc.) Det innebär att olika yrkesgrupper har sina egna planer för den enskilde. Planerna kan ha olika innehåll och kommuniceras inte med alla berörda aktörer. Planerna har ingen integrering med varandra i verksamhetssystemet. En skillnad är inom målgrupp 2, vuxna med funktionsnedsättning, där medarbetarna i gruppbostad och dagliga verksamhet sam dokumenterar i Treserva.

Genomförandeplan upprättas för alla målgrupper, men arbetet med och kommunikationen av den ser olika ut. Inom målgrupp 1 görs en genomförandeplan efter två månader eftersom den första tiden handlar om att skapa relationer med den enskilde. Genomförandeplanen innehåller både målplan, handlingsplan och olika rutinbeskrivningar i samråd med den enskilde, anhöriga och medarbetare.

Inom målgrupp 2 vuxna med funktionsnedsättning – personlig assistans - dokumenterar enhetschef, men oftast inte i genomförandeplan. Dokumentering görs i handlingsplaner

och rutinbeskrivningar i Treserva. Kommunikationen mellan personliga assistenter är bristfällig. Anhöriga håller ihop och förmedlar kommunikationen.

Inom målgrupp 3, upprättas och kommuniceras genomförandeplanen i dialog mellan den enskilde, boendestödjare och boendepedagog. I genomförandeplanen planeras insatserna såsom städdagar, SMS före besök, tider mm. I genomförandeplanen försöker man koppla på individuellt mål ex få ordning på ekonomi.

Inom målgrupp 4, eget boende, föregås genomförandeplanen av besök hos den enskilde. Planen skrivs sedan in i Treserva i hemvårdslokalen utan den enskildes närvaro. I genomförandeplanen beskrivs endast insatserna. Eget boende dokumenterar och arbetar utifrån besöksplan, som styrs av tidsregistreringsystemet (TES). Att överföra besöksplanen till genomförandeplanen i Treserva är krångligt. Konsekvensen blir två planer som kan ha olika innehåll och då också vara motsägande. Inom dagrehabiliteringen upprättas en rehabiliteringsplan som via Treserva kommuniceras med verksamhetens medarbetare. Möten mellan dagrehabiliteringen och undersköterska inom målgrupp 4, eget boende, är svårt att tidsmässigt lösa.

Inom målgrupp 4, vård- och omsorgsboende, föregås genomförandeplan av olika samtal med den enskilde. Kommunikation om den enskildes behov av hjälp och stöd sker vid olika träffar såsom teamträff, omvårdnadskonferens och uppföljningsträffar. Vid vissa av träffarna deltar förutom undersköterskor även sjuksköterskor och arbetsterapeuter.

Inom flera målgrupper har kommunen och/eller primärvården möjligheten att initiera en SIP (samordnad individuell plan) där både interna och externa aktörer behöver kommunicera den enskildes behov. Det krävs alltid ett samtycke från individen.

4. Hur matchas den enskildes behov med funktion och kompetens

Inom målgruppsområdena är det skillnad i hur den enskildes behov matchas med olika funktioner. Antal aktörer som den enskilde möter är väldigt olika och därmed är förutsättningarna för teamsamverkan och kontinuitet olika.

Inom målgrupp 1, barn och unga med funktionsnedsättning, finns goda förutsättningar att matcha den enskildes behov med olika funktioner, eftersom arbetet är välstrukturerat och det avsätts mycket tid. Här finns s.k. SAMBA-möten⁸ där alla berörda funktioner fokuserar på den enskilde och där socialtjänsten är en viktig aktör. Ingen annan målgrupp har ett liknande upplägg.

Inom målgrupp 1–3 finns stödfunktioner som inte finns inom målgrupp fyra. Det är funktioner med akademisk examen såsom stödsamordnare och boendepedagoger som bl.a. handleder och matchar boendestödjare utifrån ett pedagogiskt arbetssätt. Inom målgrupp 4 finns inte någon motsvarighet till pedagogiskt stöd.

Inom målgrupp 3, vuxna med långvarig psykiatrisk problematik, blir den enskilde matchad från ett litet team. Till skillnad från målgrupp 4, eget boende, där den enskilde matchas mot ett stort team. Driftsplanerare arbetar med långsiktig planering för ett stort område med många individer. På grund av ständiga förändringar vid ex medarbetares frånvaro

⁸ SAMBA är Samverkansledning för barns och ungas bästa

behöver verksamhetsstödjare planera om de närmsta dagarna, vilket påverkar kontinuiteten. Driftplanerare är fysiskt långt från utförarverksamheten.

5. Hur sker uppföljning av beslut och genomförandeplan

Uppföljning av myndighetsbeslut som är tillsvidare sker inte i enlighet med lagstiftningen. Inom både Bistånds- och LSS-handläggningen finns det en majoritet av tillsvidarebeslut som pågår utan årlig uppföljning.

Inom målgrupp 4, eget boende, följs de som går hem från sjukhuset med förändrat/nytt beslut upp av biståndshandläggare efter 4–5 veckor. Sedan ca ett och ett halvt år tillbaka finns en inriktning som heter utredning i hemmet, det beviljas efter vissa uppsatta kriterier för de personer som blir utskrivna från sjukhuset. Utredning i hemmet följs upp inom 14 dagar av biståndshandläggare. Inom övriga målgrupper (1–3) följs inte besluten upp om det inte är uppenbara förändringar.

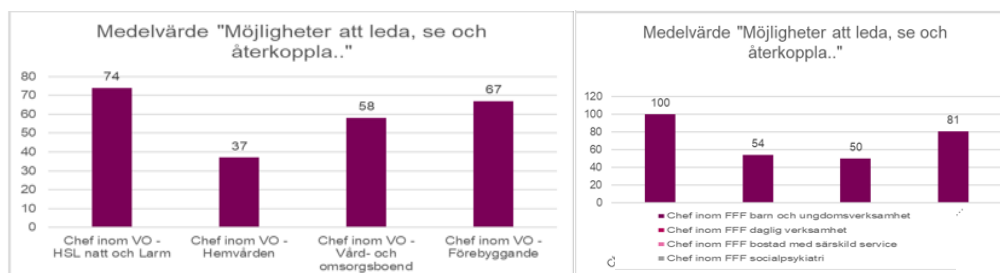
Genomförandeplan ska följs upp en gång per år eller vid behov. Inom målgrupperna följs genomförandeplanerna upp även om det inom målgrupp 4, eget boende, framgår att det inte alltid sker.

6. Hur är chefernas förutsättningar för att styra och leda ett rehabiliterande arbetssätt?

För att undersöka chefernas organisatoriska förutsättningar inom de olika målgrupperna skickades en enkät ut till första linjens chefer inom berörda förvaltningar samt till privata utförare. Enkäten har kompletterats med en statistikstudie över antal månads- och timavlönade, chefsomsättning, sjukfrånvaro och korttidssjukfrånvaro inom målgrupperna. Enkäten skickades ut till 119 chefer, varav 84 svarade, vilket motsvarar 71 %. Det var problem att svara på en av frågorna pga. att en inställning eller förutsättning i själva enkätprogrammet var felinställd. Den frågan skickades ut igen och 57 svarade, vilket motsvarar ca 50 %.

Enkäten skickades ut till 32 privata utförare varav endast 3 svarade. De tre svaranden är väldigt positiva.

Jämförelse av chefernas möjlighet att leda, se och återkoppla till medarbetare



Högst värde ger chefer inom målgrupp 1, barn och unga. Lägsta värdet ger chefer inom målgrupp 4, eget boende. Antalet medarbetare som chefer är ansvariga för varierar. Det tycks finnas ett samband mellan antalet underställda och chefers upplevda förutsättningar att se, leda och återkoppla, vilket chefer uttrycker i fritext svar. Chefer inom målgrupp 2, bostad med särskild service, har ett lågt värde. Det kan finnas ett samband med att de inte har sin geografiska placering nära medarbetarna. Flera chefer har i fritextsvar angett att de

är bekymrade över en ökad administrativ belastning, vilket gör att de får sänka sin ambition kring ledarskapet.

I nedanstående enkätresultat redovisas inte förebyggande verksamhet, daglig verksamhet eller HSL natt och larm, eftersom de endast hade 0–1 svar/ grupp.

Jämförelse av om chefsuppdraget präglas av framförhållning och förutsägbarhet i stället för brandkårsutryckningar

| Målgrupp | Stämmer påståendet |
|---------------|--------------------|
| Alla | 34 % |
| 1 | 20 % |
| 2 | 43 % |
| 3 | 50 % |
| 4 Eget boende | 14 % |
| 4 Vob | 35 % |

66 % av chefer inom alla målgrupper upplever att chefsuppdraget präglas av brandkårsutryckningar. Eftersom chefer upplever att uppdraget i så låg utsträckning präglas av framförhållning och förutsägbarhet är frågan om på vilket sätt chefer kan ges förutsättningar att arbeta med ett förändringsarbete.

Jämförelse av om cheferna har möjlighet till dialog med överordnad chef i tillräcklig utsträckning

| Målgrupp | Stämmer påståendet |
|---------------|--------------------|
| Alla | 80 % |
| 1 | 100 % |
| 2 | 64 % |
| 3 | 100 % |
| 4 Eget boende | 71 % |
| 4 Vobo | 82 % |

Chefer upplever i hög utsträckning att dialog med överordnad chef finns.

Jämförelse av om cheferna upplever att de har tillräckligt med handlingsutrymme för sitt chefsuppdrag

| Målgrupp | Stämmer påståendet |
|---------------|--------------------|
| Alla | 61 % |
| 1 | 80 % |
| 2 | 64 % |
| 3 | 100 % |
| 4 Eget boende | 57 % |
| 4 Vobo | 47 % |

Chefernas upplevelse varierar från att ha fullt handlingsutrymme till att man inom Vård- och omsorgsförvaltningen upplever ett begränsat handlingsutrymme.

Jämförelse om cheferna anser att det finns en etablerad och fungerande samordning mellan olika funktioner och yrkesgrupper

| Målgrupp | Stämmer påståendet |
|---------------|--------------------|
| Alla | 74 % |
| 1 | 100 % |
| 2 | 71 % |
| 3 | 75 % |
| 4 Eget boende | 85 % |
| 4 Vobo | 76 % |

Svaren överensstämmer inte med det som framkommit i samband med workshop förutom för målgrupp 1 där tid och utrymme ges till en utvecklad teamsamverkan. Inom målgrupp 4 framkom i workshopen att teamsamverkan och möjlighet till dialog var begränsad, men enkäten ger ett högt värde.

Jämförelse om cheferna upplever att alla medarbetare arbetar mot samma mål

| Målgrupp | Stämmer påståendet |
|---------------|--------------------|
| Alla | 76 % |
| 1 | 100 % |
| 2 | 64 % |
| 3 | 50 % |
| 4 Eget boende | 74 % |
| 4 Vobo | 76 % |

Svaren ger ett relativt högt värde, vilket är en god förutsättning, att alla arbetar mot samma mål, vid införandet av ett rehabiliterande arbetssätt och vid implementeringen av ett nytt arbetssätt.

| Jämförelse om cheferna svarat att kulturen i arbetsgruppen präglas av ett arbetssätt som är hjälpanande och vårdande | |
|--|--------------------|
| Målgrupp | Stämmer påståendet |
| Alla | 76 % |
| 1 | 50 % |
| 2 | 64 % |
| 3 | 50 % |
| 4 Eget boende | 100 % |
| 4 Vobo | 82 % |

| Jämförelse om cheferna svarat att kulturen i arbetsgruppen präglas av ett arbetssätt som är stödjande och stärkande | |
|---|--------------------|
| Målgrupp | Stämmer påståendet |
| Alla | 78 % |
| 1 | 80 % |
| 2 | 60 % |
| 3 | 100 % |
| 4 Eget boende | 85 % |
| 4 Vobo | 64 % |

Enkätsvaren påvisar att chefer inte skiljer på arbetssätt som präglas av att vara hjälpanande och vårdande kontra stödjande och stärkande. Chefer svarar att kulturen är mer hjälpanande och vårdande inom vissa målgrupper. Det innebär att det krävs mer insatser, utbildning och stöd vid ett förändrat arbetssätt.

Statistik kopplat till chefernas förutsättningar

| Målgrupp | Chefernas enkät svar | | Utdata för 2017 | | | | |
|---------------|---|-------------------------------------|---|---|----------------------------------|---|---|
| | Månadsavlönade per chef | Timavlönade per chef | Antal timavlönade årsarbetare inom målgruppen | Andel timavlönade omvårdnadspersonal av den totalt arbetade tiden i % inom målgruppen | Sjukfrånvaro i % inom målgruppen | Korttids sjukfrånvaro dagar/snittanställd inom målgruppen | Chefsomsättning i procent inom målgruppen |
| 1 | 1-10 = 1 11-20 = 2 21-30 = 1 | 1-10 = 3 11-20 = 1 | 17,5 | 10,4% | 10 | 6,87 | 0 |
| 2 | 11-20 = 6 21-30 = 10 31-40 = 4 | 1-10 = 8 11-20 = 11 21-30 = 1 | 141 | 16,3% | 8,71 | 8,53 | 22 % |
| 3 | 11-20 = 7 21-30 = 2 31-40 = 1 | 1-10 = 10 | 30 | 14,3% | 8,42 | 9,12 | 26,5 % |
| 4 Eget boende | 31-40 = 3 41-50 = 4 51-60 = 2 | 11-20 = 5 21-30 = 3 41-50 = 1 | 131 | 26,8% | 13,2 | 10,69 | 36,6 % |
| 4 Vobo | 21-30 = 9 31-40 = 12 41-50 = 3 51-60 = 3 | 1-10 = 6 11-20 = 15 21-30 = 6 | 153 | 17,6% | 9,16 | 7,91 | 27,5 % |

Utdata för 2017 omfattar endast omvårdnadspersonal

Reflektioner om statistiken

Statistiken visar att antalet underställda skiljer sig mellan målgrupperna. Utmärkande för målgrupp 4 är ett stort antal underställda och därutöver många timavlönade. En fjärdedel av verksamheten bemannas med korttidsvikarier. Den genomsnittliga sjukfrånvaron i kommunen är 6,8 %. Ovanstående kartlagda målgrupper har alla en högre sjukfrånvaro. Högst sjukfrånvaro har målgrupp 4, eget boende 13,2%. Korttidssjukfrånvaron för

kommunen är 6,6 dagar per snittanställd vilket motsvarar målgrupp 1 i övrigt ligger alla målgrupper högre.

Chefsomsättningen har under 2017 i målgrupperna varit ovanligt hög med undantag av målgrupp 1. Chefsomsättning är ett smalt forskningsområde och vi har inget forskningsresultat som svarar på vad som är en sund rörlighet för medarbetare och organisation. Det finns kommuner med 20 % chefsomsättning som uppmärksammas medialt utifrån problematiken att verksamheten påverkats negativt.

SKL lyfter i sin arbetsgivarblogg fram vikten av det nära ledarskapet och att det finns en chef som kan hjälpa till att sätta gränser, prioritera och handleda i verksamheter med mycket kontaktytor där upplevelsen av stress och jäkt är en utmaning. SKL konstaterar glädjande att många kommuner arbetar med chefstätheten och ser över förutsättningarna för att vara chef närmast verksamheten.

Reflektioner från chefsstudien

Förutom de reflektioner som angetts under varje enkätsvar har det i fritextsvar framkommit att flera chefer är bekymrade över en ökad administrativ belastning och att det gör att de får sänka sin ambition kring ledarskapet.

Flera återkommer om betydelsen av sin geografiska placering där närhet till sina medarbetare skapar förutsättningar för ett aktivt ledarskap.

Flertalet chefer uttrycker att det brister i möjligheter att fullfölja chefskapet på ett tillfredsställande sätt och anger att antalet medarbetare är orimligt många.

Det finns exempel där chefer beskriver att de nyttjar legitimerad personal och teamledare för att avlasta i det dagliga ledarskapet.

Flera chefer uttrycker att de har så hög arbetsbelastning att de måste prioritera bort arbetsuppgifter. Det finns chefer inom målgrupp 4, eget boende, som har stora medarbetargrupper som de möter från en kort stund på morgonen till att det dröjer upp till två veckor innan de möts.

Analys nuläget

Myndighetshandläggningen saknar individuella mål i besluten. Att mål saknas innebär att det också saknas incitament för ett rehabiliterande arbetssätt. Besluten ger verksamheten frihet att sätta mål och ramar för insatserna d.v.s. att utöka insatserna utanför behovet eftersom målen inte är definierade. Det finns målgrupper som formulerar individuella mål som är fristående från LSS och SOL besluten. Konsekvensen blir att det är svårt att mäta, följa upp och ompröva myndighetsbesluten.

Det gränsöverskridande arbetet mellan myndighet och verksamheter fungerar inte. Det finns fördelar ur en rättssäkerhetsaspekt, men idag saknas utrymmet för teamsamverkan. Myndighetsavdelningen har för få bistånds och LSS handläggare för att kunna följa upp fattade beslut i den omfattningen de bör utifrån lagstiftningen.

Uppföljningen av mål behöver effektiviseras vilket kan leda till att behovet av stöd minskar eller förändras.

Det finns inom målgrupp 4, eget boende, beslutade insatser som ibland måste prioriteras bort pga. låg grundbemanning och hög sjukfrånvaro, vilket leder till ständiga omplaneringar av insatser. Från externa utförare finns exempel att när behoven minskar tillkommer nya insatser ex hjälpa till vid matlagning. De tillgodoser den enskildes önskemål i stället för det som är beslutat.

Arbetsterapeuterna är en viktig funktion vid utvecklandet och införandet av ett rehabiliterande arbetssätt. I analysen av ett nuläge är det tydligt att det finns för få arbetsterapeuter inom organisationen, framförallt inom målgrupp 4, vård och omsorgstagare. Idag finns som jämförelse inom målgrupp 4, vård- och omsorgsboende, en sjuksköterska för 16 boende och motsvarande en arbetsterapeut för 76 boende.

Boendepedagogen inom målgrupp 1–3 säkerställer kvalitetsarbetet runt den enskilde. Boendepedagogen handleder medarbetarna i problematiken runt den enskilde, omvärlds bevakar, stödjer i dokumentation, gör riskbedömningar runt den enskilde och håller i teamträffar. En boendepedagog kan vara ett bra stöd i svåra ärenden även inom andra målgrupper. Inom målgrupp tre finns även stödsamordnare som säkerställer kvalitetsarbetet, samverkansarbetet och uppföljningar

Dokumentationen behöver utvecklas för att i vissa fall uppnå grundläggande krav. I dag finns svårigheter att på ett enkelt och sammanhållet sätt hantera SOL respektive HSL-dokumentationen. En utveckling av verksamhetssystemet är önskvärt. Hälso- och sjukvårdens vårdplaner är många utifrån olika risker och andra medicinska åtgärder (en plan per risk och medicinsk åtgärd). Det innebär att omvårdnadspersonalen måste vara väl insatta i och dokumentera i alla planer. Det finns en upplevelse i verksamheten att dokumentationen tar onödigt mycket administrativ tid. Med hjälp av system- och rutinutveckling kan tid frigöras för att stödja individen.

Inom målgrupp 4, vård- och omsorgsboende, har kontaktpersonen ansvar för upprättande av genomförandeplanen. I dag svårt att hålla dessa genomförandeplaner helt uppdaterade utifrån individens hela livssituation med alla insatser och planer inkluderade. Här finns ett utvecklingsområde för att planen tillsammans ska vara gemensam av hela teamet (SOL och HSL/legitimerad personal).

Om ledarskapet präglas av brandkårsutryckningar är förutsättningar att driva ett ledarskap i förändring svårt. Om cheferna har ca 50 underställda och därutöver ett stort antal timavlönade finns inte förutsättningar att vara närvarande i verksamheten, nära sina medarbetare, leda och ha en god kommunikation med medarbetarna.

Nyckeln till framgång och en förutsättning för rehabiliterande arbetssätt är fungerande teamsamverkan. Det är tydligt att målgrupp 4, eget boende, inte har organisatoriska förutsättningarna för ett rehabiliterande arbetssätt. Inom vård- och omsorgsboende finns en bra struktur och därmed bättre förutsättningar. Inom alla målgrupper arbetar yrkesgrupperna isolerat och inte i teamsamverkan. Endast inom målgrupp 1 finns ett etablerat och fungerande team, samt samverkan med alla aktörer runt individen. Inom målgruppsområdena har chef och medarbetare olika stödfunktioner och därmed olika förutsättningar att möta den enskildes behov och mål.

Inom målgrupp 2, vuxna med funktionsnedsättning (personlig assistans) kan lagstiftningen påverka teamsamarbetet och ett rehabiliterande arbetssätt. Det är idag svårigheter att få till samverkan i de ärenden där den enskilde inte vill ha ett teamsamarbete.

Inom de olika målgrupperna är förutsättningarna för kommunikation och teamsamverkan mellan yrkesgrupper väldigt olika både tidsmässigt och organisatoriskt. Inom vissa verksamheter finns det gott om tid att prata om individen, medan tiden inom andra verksamheter är starkt begränsad pga. att det är många individer som ska diskuteras. Exempelvis är möjligheten att kommunicera om individens mål allt från ca 47 sekunder till 4 timmar i månaden per individ. Vid teamträffarna behöver vissa medarbetare vara insatta i målen för några individer, medan andra har upp till 70 individer att hålla reda på.

Korttidsvikarier deltar sällan på APT eller brukar/teammöten och har därmed inte samma information som de tillsvidareanställda medarbetarna och därmed sämre förutsättningar.

Inom målgrupp 4, vård- och omsorgsboende, präglas arbetssättet av ett ”all inclusive” perspektiv där man utgår mycket från individens egna önskemål och självbestämmande enligt värdegrund för Vård- och omsorgsförvaltningen. Att få leva det liv man vill exempelvis ”vill den enskilde ligga och äta praliner på soffan så skall individen få det”. Ibland går det snabbare att hjälpa än att stödja och stärka. Ofta prioriteras sjukvårdande insatser. Inom målgruppen finns för få arbetsterapeuter, vilket tillsammans med låg grundbemanning och tidsbrist leder till att träningsinsatser bortprioriteras till förmån för hälso- och sjukvårdande insatser. Arbetsterapeuternas förutsättningar att stödja teamet i ett rehabiliterande arbetssätt är begränsade.

Bilagor nulägeskartläggningen

Resultat Workshop målgrupper

Målgrupp 1 Barn och unga med funktionsnedsättning

Den enskilde: Jannike, 13 år, autistisk, ADHD, normalbegåvad, svåra sociala hemförhållanden, hemmasittare, utåtagerande.

Insatser; LSS och SOL, Korttidsvistelse 8 dygn/månad, Skolgång på Magelungen där socialtjänsten har köpt skolplats. Fritids endast då Jannike går i skolan (nu hemmasittare). Jannike kan gå på fritids på loven som hemmasittare

Yrkeskategorier runt Jannike: LSS handläggare, Boendepedagog, Boendestödare, Stödbiträde, Enhetschef, PUT (i bakgrunden och handleder boendepedagogen), När Jannike kommer igång med Fritids; Fritidsassistent, Fritidspedagog, Enhetschef fritids, **Externa;** Arbetsterapeut, Kurator, Läkare, Psykolog, Logoped, Sjukgymnast, Sjuksköterska, specialpedagog

Hur definieras Jannikes mål?

I myndighetsbeslutet framgår insatsen korttidsstillsyn. Inga personliga mål för Jannike utan generella mål ex meningsfull fritid. Myndighetsbeslutet kommuniceras via Treserva ut till berörda aktörer. Placerings gruppen inom förvaltningens Barn- och ungdom tar emot uppdraget. Får placering efter genomgång av ledningsgruppen. Första tiden handlar om att lära känna Jannike och skapa relationer. Efter två månader görs en genomförandeplan, Jannike och hennes föräldrar bjuds in. (ingår målplan, handlingsplan och olika rutinbeskrivningar)

Hur kommuniceras Jannikes mål mellan yrkeskategorier?

Team träffar på boendet respektive fritids varannan vecka á 3 timmar. Ett team arbetar med två ungdomar vilket gör att det finns utrymme för att prata om Jannike ca 4 timmar/månaden. På fritids har man även verksamhetsträffar två timmar/veckan då det finns möjlighet att kommunicera om fritids10-15 ungdomar.

SAMBA möten var 6-8:e/vecka – behovsstyrda träffar mellan de olika insatserna. En tydlig struktur för SAMBA möten för att få en helhet för alla aktörer runt Jannike. Genomförandeplanen tas inte upp på SAMBA mötet. Alla berörda bjuds in till SAMBA mötet, d.v.s. Jannike, föräldrar, skolan, korttids, fritids, socialtjänsten, myndighet, BUP och vilka som är berörda. Frivilligt för individen och/eller förälder att delta

Hur sker uppföljning av beslut och planer

Genomförandeplanen revideras 1gång/år på korttids. Fritids reviderar genomförandeplaner 2gång/år. IVP – individuell vård planering. Myndighet kallar individen.

Målgrupp 2 Vuxna med funktionsnedsättning

Eget boende, **Bostad med särskild service**, Korttidsboende

Den enskilde; Sigbritt, 58 år, bor på ett boende, har kontaktperson, daglig verksamhet, utvecklingsstörning, rörelsehindrad (rullstol kan delvis gå), självskadebeteende, utåtagerande, epilepsi, diabetes och talsvårigheter

Insatser; SOL, HSL Bostad med särskild service, personlig omsorg

Yrkeskategorier runt Sigbritt; LSS-handläggare, Boendestödjare, stödbitråde, Boendepedagog, Enhetschef, PUT (i bakgrunden och handleder boendepedagogen), Sjuksköterska, Arbetsterapeut, handledare daglig verksamhet, Samordnare daglig verksamhet (gör riskbedömningar), Enhetschef daglig verksamhet, Kontaktperson, **Externa,** Läkare, Sjuksköterska, Arbetsterapeut, Fysioterapeut, Kurator, Logoped

Hur definieras Sigbritts mål?

I myndighetsbeslutet framgår insatsen bostadsbeslut. Ett tillsvidarebeslut med ett förbehåll och om behovet förändras kan beslutet förändras. Beslutet rör allt som rör den personliga omsorgen exklusive ekonomi. Ett tidsbegränsat kontaktpersonsbeslut, oftast beslut för ett år. Inga personliga mål för Sigbritt utan generella mål - allt som rör den personliga omsorgen. Myndighetsbeslutet kommuniceras via Treserva ut till bostadsanvisare. Genomförandeplan görs innan Sigbritt flyttar in på gruppboendestaden av utsedd fadder tillika boendestödjare.

I genomförandeplanen ingår exempelvis hur Sigbritt vill bli bemött, rutiner, metod finns för att kommunicera med Sigbritt. I genomförandeplanen definieras hur Sigbritts mål ska nås tillsammans med Sigbritt. Man *sam-dokumenterar* i Treserva oavsett beslut i utförardelen dvs. bostad och daglig verksamhet dokumenterar i samma.

Hur kommuniceras Sigbritts mål mellan yrkeskategorier

Boendemöte en gång per månad, ca 2 timmar, där man går igenom boendets individer (i genomsnitt 6). Vid mötet förankrar och förklarar man hur Sigbritt vill ha det. Boendepedagogen håller i mötet och boendestödjare deltar. Vid behov deltar sjuksköterska, enhetschef, verksamhetsutvecklare, PUT. Husmöten genomförs regelbundet. Deltar gör boende och personal och oftast enhetschef. Man tar upp praktiska delar ex meny. Timavlönade deltar inte på möten såsom boendemöten och husmöten, utan får läsa i dokumentation och strukturmapp för korttidsvikarier (får en begränsad information). Svag relation mellan boendepersonal och daglig verksamhetspersonal. SIP-möten om andra aktörer behöver bjudas in.

Hur sker uppföljning av Sigbritts beslut och planer

Årligen görs riskbedömning och revidering av genomförandeplanen. Många boendestödjare behöver stöd i att arbeta med genomförandeplanen. Först ska boendestödjaren skriva in i webben för genomförandeplanen - men det är trögt system eftersom det inte skrivskyddas och inte syns i klienten. Myndighet gör inte uppföljning eftersom det är tillsvidarebeslut som endast omprövas om behoven väsentligen förändras.

Målgrupp 2 Vuxna med funktionsnedsättning

Eget boende, Bostad med särskild service, Korttidsboende

Den enskilde; Linus, 68 år är gift och bor i lägenhet med sin fru, fick stroke för 10 år sedan (förvärvad funktionsnedsättning) rullstolsburen, väsentligt försvårad kommunikation, äter Varan, hustrun arbetar.

Insatser; Assistansbeslut om personlig assistans sex timmar/dag. Måltider, hygien, av- och påklädning, kommunikation. Övriga behov kommer utöver grundinsatserna ex fritidsaktivitet två timmar/veckan. SOL beslut för förflyttning kvällstid
Ej egenvård utan HSL insats för medicineringen (timmar tas från assistanstiden)

Yrkeskategorier runt Linus; Interna; LSS-handläggare, Personliga assistenter, Enhetschef, Sjuksköterska HSE, Arbetsterapeut HSE, Undersköterska hemvården, Undersköterska larmgruppen, Sjuksköterska hemsjukvården. **Externa;** Läkare, Sjuksköterska, Arbetsterapeut, Fysioterapeut, Logoped, Handläggare försäkringskassan

Hur definieras Linus mål?

I försäkringskassans beslut om assistansinsats ingår grundinsatsen uttryckt i timmar och minuter ex av- och på klädning, kommunikation, insatser för att klara sina grundläggande behov. Övriga behov ex träna, handla, fritidsaktiviteter kommer utöver de grundläggande behoven. Inga mål definieras endast insatser. Försäkringskassans beslut med insatser kommuniceras direkt med Linus via post. Linus väljer sedan utförare. Linus kan via servicecenter, kurator, hemsida, direktkontakt med enhetschef få kontakt med externt bolag eller kommunens personliga assistans.

När Linus valt kommunen som utförare blir han kontaktad. En träff sker med enhetschef, Linus, hans fru. Vid träffen går man igenom beslutet. Inga mål definieras vid det mötet. Enhetschef dokumenterar, men oftast inte i en genomförandeplan. Istället dokumenteras det i handlingsplaner och rutinbeskrivningar i Treserva. I handlingsplanen är man sällan målspecifik när det gäller övriga behov. Syftet är att inte bli för begränsad. Generellt uttrycks ofta ”bibehålla funktioner”. HSE upprättar en vårdplan tillsammans med Linus och hans fru. Sjuksköterska och arbetsterapeut deltar. Här definieras mål ex träna att äta själv.

Hur kommuniceras Linus mål mellan yrkeskategorier

Hos Linus finns tre personliga assistenter - en AB⁹ anställd, en PAN¹⁰ anställd och hans fru. Det finns ingen kommunikation mellan assistenterna utan man förutsätter att kund eller anhörig förmedlar information. Inga träffar med assistenterna samlat utan endast APT för den AB anställda. Enhetschefen träffar oftast inte assistenterna tillsammans när dessa är anställda på olika avtal (AB, PAN) eftersom PAN väljer bort ex arbetsplatsträff. Om vårdplanen fördelas kan även assistenterna läsa i Treserva. SIP (samordnad individuell plan) anordnas om andra aktörer behöver bjudas in. Kommunikation mellan HSE och assistenter sker via telefon och ibland genom besök hemma hos Linus. Natten från hemsjukvården har ingen kommunikation med övriga aktörer utan utför beviljad insats. Om det är många avvikelser initierar HSE ett möte med berörda.

Hur sker uppföljning av Linus beslut och planer

⁹ Anställd utifrån kommunens kollektivavtal allmänna bestämmelser (AB)

¹⁰ Anställd som personlig assistent på anmodan av enskild funktionsnedsatt. Den enskilde väljer assistent.

Om någon av de tre assistenterna blir sjuk finns en bemanningsenhet inom assistansen som tar in personal. Assistansbeslutet som är tillsvidare ska efter två år följas upp av försäkringskassan. Det sker sällan. När kommunen beslutat om assistans d.v.s. 20 timmar/v eller mindre ska omprövning göras varje år.

Målgrupp 3 Vuxna med långvarig psykiatrisk problematik **Eget boende med bostadsstöd, Bostad med särskild service**

Den enskilde; Erika, 30 år missbruksproblematik, självskadebeteende, ångest, ADHD – psykiatrisk diagnos, bor själv, anhörig - mamma, diabetes, ingen sysselsättning

Insatser SOL, HSL: Försörjningsstöd, beslut om boendestöd, socialt bistånd med socialt hyreskontrakt. För att kunna få insatsen socialt hyreskontrakt måste servicemottagaren ta emot boendestöd, som minst tillsyn av lägenhet 1–2 gånger per månad. Om det sociala hyreskontraktet övergår i ett vanligt kontrakt kan boendestödet upphöra.

Yrkeskategorier/aktörer runt Erika: Interna: Biståndshandläggare, Enhetschef, Vård och omsorgssjuksköterska (via hemsjukvård utifrån Erikas diabetes) Stödsamordnare (insatsplanering och stöd till boendestödjare vid möten), Boendepedagog, Boendestödjare, Arbetsterapeut, Handläggare på försörjningsstöd, Socialsekreterare (vuxenenheten), God man **Externa;** Handläggare, försäkringskassan, Kriminalvårdare frivården, Psykolog/behandlare (beroendecentrum), Läkare, Sjuksköterska

Hur definieras Erikas mål?

Socialtjänsten initierar möte med biståndshandläggare utifrån att det framkommit att Erika vill ha stöd och hjälp med boende. Biståndshandläggaren gör bedömning och tar beslut om insats - bostadsstöd med socialt kontrakt. Breda beslut skrivs - Hjälp med servicetjänster, städ, tvätt och stöd med ekonomi. Inga mål finns i beslutet. Det kan vara generella mål utifrån lagtexten som inte Erika är delaktig i ex leva självständigt eller struktur i vardagen. I beslutet framgår att Erika har diabetes, men inget beslut om insats. (sker via HSL). Beslutet kommer via Treserva till koordinator inom Socialpsykiatri. Beslutet förmedlas sedan från koordinator till utförande enhet.

Enheten tar emot uppdraget och utser en kontaktperson. Inför upprättande av Genomförandeplan (GP) hämtar boendestödjaren information utifrån metoden integrerad psykiatri, och för in informationen i Treserva.

GP upprättas av Erika, boendestödjare och boendepedagogen. Där planeras insatserna såsom städdagar, SMS före besök, tider. Flexibelt för att få det att fungera. I GP försöker man koppla på individuellt mål ex få ordning på ekonomin, utan att det är den enskildes mål. Erika har inget eget mål. Det är viktigt att skapa tillit.

Hur kommuniceras Erikas mål mellan yrkeskategorier?

Mellan biståndsbedömare och boendestödjare i socialpsykiatri förmedlas beslutet via Treserva. En boendestödjare blir ärendansvarig. Till Erika går max 3 utvalda boendestödjare. Man arbetar i team med 6 boendestödjare/team. Kommunikation och kontakt med hemsjukvården är bristande. Finns inget mötes forum. Hemsjukvården är inte vana vid målgruppen.

Team-träff 2 timmar/vecka. Då planeras fyra veckor framåt utifrån Erikas och andra individers behov. Man går igenom genomförandeplaner. Timavlönade ingår inte i team träffen och saknar därför rätt förutsättningar. Timavlönade har tillgång till minnesanteckningar och planering i pärmar för timavlönade. Rapporteringstid 2/gång/dag ca 20–30 minuter där det viktigaste tas upp på White board tavla. Ex

beredskap när Erika inte öppnar dörren. Arbetsmöten kallas till vid behov och det är olika vem som initierar mötet. Det kan vara Regionen, socialtjänsten, behandlingshem, beroendecentrum. En ganska svag relation till övriga aktörer

Hur sker uppföljning av planer och beslut?

Ambitionen är att följa upp tillsvidarebeslut vartannat år. Genomförandeplan ska följas upp kontinuerligt vid behov, men minst en gång per år. Vissa genomförandeplaner ändras upp till fyra gånger i månaden. Biståndshandläggare läser i Treserva om det gäller omprövning. Beslut kan förändras men det inte är så vanligt. Väldigt omfattande beslut kan minska.

Målgrupp 4 Vård och omsorgstagare - eget boende

Den enskilde: Malte 68 år, bor ensam, lårbensamputerad, storrökare kol/astma, alkoholproblematik, stort socialt umgänge, har en hund, anhörig är en dotter

Insatser: SOL- och HSL insatser såsom medicinska- och rehabiliterande, hjälpmedel, larm, omvårdnad, dagrehabilitering. Matleverans och städning från externa utförare. Insatser från sluten och öppenvården, samt färdtjänst.

Yrkeskategorier runt Malte: Biståndshandläggare, enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut hemsjukvården (HSV), undersköterska hemvård, driftplanerare, undersköterska dagrehabilitering, vårdbiträde (ofta timavlönade), enhetschef dagverksamheten, arbetsterapeut dagrehabilitering, verksamhetsstödjare, fysioterapeut, sjuksköterska öppen och sluten vård, läkare, psykolog/behandlare, service utförare

Hur definieras Maltes mål: Myndighetsbeslutet kommer via Treserva till hemvården. Beslutet innehåller inga individuella mål, endast generella. I beslutet framgår vilka insatser som ska utföras. Genomförandeplanen dokumenteras av kontaktperson/undersköterska inom hemvården och föregås av besök hos Malte. Planen skrivs sedan in i Treserva i hemvårdslokalen utan Maltes närvaro. Maltes mål definieras inte utan endast insatser. Hemvården dokumenterar och arbetar utifrån besöksplan, som styrs av TES. Att överföra till genomförandeplanen i Treserva är krångligt. Hemsjukvården har via ett hembesök bedömt att Malte behöver dagrehabilitering. Dagrehab definieras i samråd med Malte individuella mål i en rehabiliteringsplan. (ex gå träning för att klara att handla sin mat). Rehabplanen registreras i Treserva och ger information till övriga aktörer. Utifrån rehabiliteringsplan behöver hemvården eventuellt revidera besöksplanen.

Hur kommuniceras Maltes mål: Mellan myndighet och undersköterska i hemvården kommuniceras beslutet i Treserva. Mellan hemvårdens undersköterskor och hemsjukvårdens (HSV) SSK/usk/at kommuniceras vårdplaner (HSL) via Treserva. Sjuksköterska rapporterar dagligen och kommunicerar med undersköterska inom vissa enheter och inom vissa enheter förekommer inte dialog. Arbetsterapeut möter omvårdnadsgruppen framförallt på teamträff eller vid behov. Mellan undersköterska i förebyggande och undersköterska i hemvård sker möten vid behov. Teamträffar mellan undersköterska och sjuksköterskor, arbetsterapeut och enhetschef sker en gång i månaden om ca en timma och berör ca 70 individer. Maltes mål kommuniceras inte vid träffarna.

Möte med dagrehabiliteringen har oftast prioriterats bort av undersköterska i hemvården på grund av den ekonomiska modellen. Hemvården mäts genom den arbetade tiden hos kund. Det sker regelbundna träffar (rond) med läkare och sjuksköterska inom hemsjukvården (HSV). Sjuksköterskan rapporterar och lägger vårdplan (HSL) i Treserva. Hur ofta som möten sker och vilka som deltar är olika beroende på vårdcentral och tillgång på läkare. Undersköterska inom förebyggande kontaktar driftplanerare via funktionsbrevlåda om vilka dagar och tider som Malte ska gå på dagrehabilitering. Utifrån detta reviderar driftplaneraren de olika insatserna i besöksplanen. Besöksplanen innehåller inte mål.

Uppföljning av beslut och genomförandeplan: Myndighetsbeslut ska följas upp varje år, men det är många tillsviðarebeslut som inte följs upp. Om det är uppenbart att en förändring skett följs beslutet upp. De personer som är beviljade ett omsorgsbeslut med

20 tim./v eller mer har tidsbegränsadebeslut upp till max ett år. Genomförandeplan (SOL) inom hemvård ska följas upp var tredje månad, det är tveksamt om det sker. HSL:s vårdplan ska följas upp regelbundet, men det sker inte så ofta.

De som går hem från sjukhus med förändrat/nytt beslut följs upp av biståndshandläggare efter 4–5 veckor. Sedan ca ett och ett halvt år tillbaka finns en inriktning som heter utredning i hemmet, det beviljas efter vissa uppsatta kriterier för de personer som blir utskrivna från sjukhuset. Utredning i hemmet följs upp inom 14 dagar av biståndshandläggare.

Inom dagrehabilitering omprövas och utvärderas Maltes mål kontinuerligt och rehabiliteringsplanen följs upp var sjunde vecka. När Malte når sitt mål på dagrehab rapporterar arbetsterapeuten till hemsjukvården (HSV) via Treserva. Syftet är att nya mål i hemvårdens genomförandeplan ska upprättas.

Målgrupp 4 Vård och omsorgstagare -Vård- och omsorgsboende

Den enskilde; Hilma 93 år, syn- och hörselnedsättning, rullstolsbunden, minnessvikt, njursjuk, diabetes (multisjuk), äter varan, änka, ensam, religiös.

Insatser; SOL- och HSL; ”All inklusive” d.v.s. omvårdnad, mat, service och aktiviteter. Hemsjukvård per automatik.

Yrkeskategorier/aktörer runt Hilma; Interna: Biståndshandläggare, Enhetschef, Undersköterska, Sjuksköterska, Arbetsterapeut (få), Driftledare, Vårdbiträde, Förebyggande frivilligverksamhet (väntjänst). **Externa;** Läkare slutenvård, Läkare öppenvård, Fysioterapeut, Dialyssjuksköterska, Audionom

Hur definieras Hilmas mål?

Myndighetsbeslutet kommer via Treserva till Vårdboendet. Övergripande mål finns i beslutet som ofta definieras ”att skapa trygghet”. Vid inflyttning hålls ett välkomstsamtal och sedan ett planeringssamtal. Det innebär att arbetet med att upprätta genomförandeplanen, som skall ligga till grund för hur vården och omsorgen skall bedrivas, har startat. Genomförandeplanen skall vara upprättad inom 30 dagar tillsammans med Hilma och om hon så önskar hennes anhöriga. Det övergripande målet ”skapa trygghet” ska bryts ner till individuella mål men det sker inte alltid.

I myndighetsbeslutet är Hilmas mål övergripande och kontaktpersonen ska bryta ner ”att skapa trygghet” till att bli individuella mål för Hilma tillsammans med yrkeskategorier i teamet. I planen definieras hur hjälp och stöd ska utföras till Hilma.

Hur kommuniceras Hilmas mål mellan yrkeskategorier?

Information av Hilmas mål beskrivs av kontaktpersonen till övriga i teamet och utifrån varje yrkeskategori. En del av arbete har redan påbörjats innan inflyttning utifrån rapport från tidigare vårdgivare. Informationsöverföring mellan arbetspass (muntligt och skriftligt) sker dagligen. I vissa verksamheter delta även sjuksköterskan och arbetsterapeuten i den dagliga rapporteringen. Dessa rutiner kan se lite olika ut mellan våra olika boenden. En undersköterska läser igenom Treserva och rapporterar till övriga. Vid team träffar och omvårdnadskonferens deltar undersköterskor, sjuksköterska och arbetsterapeut. Vårdboendet där Hilma bor besöks av läkare 1 gång/vecka.

Teamsamverkan på vård- och omsorgsboenden sker i tre steg;
Teamträffar minst var 14:e dag ca 30–60 minuter och handlar om 6–8 boenden.

Omvårdnadskonferens var fjärde vecka ca 1 timme där hela teamet ingår d.v.s. omvårdnadspersonal, arbetsterapeut, sjuksköterska och enhetschef.

Uppföljning av genomförandeplan sker var tredje månad och det ansvarar kontaktperson för och minst en gång per år deltar sjuksköterska, arbetsterapeut och enhetschef. Vid team träffar och omvårdnadskonferens deltar undersköterskor, sjuksköterska och arbetsterapeut. Vårdboendet där Hilma bor besöks av läkare 1 gång/vecka.

Uppföljning av beslut och genomförandeplan:

Myndighet följer inte upp beslut, även om praxis är en gång per år. Vård- och omsorgsboendena följer upp genomförandeplanen var tredje månad.

