

Vård- och omsorgsnämnden

OBS! Heldag och plats**Tid och plats: Vård- och omsorgsnämnden kallas till sammanträde 2023-03-28 kl. 09.00
i Eventsalen, Koordinaten****Katarina Berg**
Ordförande**Agnetha West**
Sekreterare

Nr	Ärendemening	Föredragare	Sidnr/Anm
	<i>Fm</i> Information om aktuella fastighets-/lokalfrågor	Sarah Heltberg Ronélius 09.00	
	Arbete med förändringsbeskrivning 2024		
	<i>Em</i>		
1	Yttrande över begäran om uppgifter i pågående tillsyn i särskilt boende	Jan Hellström 13.20	2 *)
2	Yttrande över revisionsrapport - Gemensam granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter		22
3	Delgivningar		78
4	Redovisning av delegationsbeslut		103
5	Åtterrappport om välfärdsteknik	Urban Bertling 13.45	
6	Information om ekonomisk uppföljning	Pål Näslund 14:05	
7	Information om personalomsättning	Johan Persson/Henny Larsson 14.30	
8	Ordförande informerar	Katarina Berg	
9	Förvaltningschefernas rapport	Katarina Haddon/Jan Hellström	
	<ul style="list-style-type: none">• Aktuellt läge Ukraina• Lex Sarah/Lex Maria• Statistik verksamheterna• Kö till särskilt boende• Aktuellt läge hemtjänsten• Utskrivningsklara patienter• Läget inför sommaren 2023		
10	Balanslista och årshjul		104

*) Kompletterande handlingar skickas ut på fredag.



Datum
2023-03-21

Dnr
VON.2022.49

OXL2
621
v 1.0
2007-
03-13

Äldreomsorgsförvaltningen
Lars Ask
0155-384 43

Vård- och omsorgsnämnden

Underrättelse om inspektion och begäran om uppgifter i pågående tillsyn av särskilt boende (3.5.1-35506/2022)

1. Äldreomsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämndens beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner äldreomsorgsförvaltningens förslag till yttrande över planerade och vidtagna åtgärder, utifrån beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Vård- och omsorgsnämnden beslutar om omedelbar justering av beslutet.

2. Sammanfattning

IVO inledde en nationell granskning 2020, av alla äldre boenden i Sverige som drevs i kommunal regi. Granskningen inleddes med att samtliga patientjournaler begärdes in. Det genomfördes även enkätundersökningar med personal, närstående och enhetschefer. Under hösten 2022 genomfördes tillsyn i Oxelösunds kommun. Tillsynen genomfördes i form av med patienter och sjuksköterskor och dialogsamtal med ledning.

IVO konstaterade följande brister, att

- den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning.
- dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård.
- läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt.
- brytpunktsamtal dokumenteras inte alltid i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

IVO begär att med stöd av 7 kap 20§ patientsäkerhetslagen (2010;659), PSL, att nämnden ska redovisa:

- de åtgärder som vidtagits eller planeras för att komma till rätta med de brister som IVO konstaterat, uppgifter om när åtgärderna genomförts eller kommer att genomföras, samt hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp.

Förvaltningen har tagit fram förslag till åtgärder för samtliga områden där IVO anser att det föreligger brister.

I IVO:s granskning framkommer att den personal som gör medicinska bedömningar för arbetsuppgiften inte har tillräcklig kompetens och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning. Åtgärder som kommer att vidtas är repetition för samtlig omvårdnadspersonal av det hjälpsystem, SBAR, som används för att göra en första kontroll

Datum
2023-03-21

VON.2022.49

av patientens hälsotillstånd/omvårdnadsbehov, innan sjuksköterskan kontaktas. Språkombud ska utbildas för att hjälpa personal med språksvårigheter.

Det framkommer även att dokumentationen inte sker enligt gällande regelverk och att det inte finns en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård. Åtgärder som planeras att vidtagas avseende denna brist är utbildning för samtliga undersköterskor avseende dokumentation. Utbildning för legitimerad personal i dokumentation har påbörjats.

IVO har även konstaterat att det finns brist vad avser läkemedelshanteringen, och att den inte sker på ett patientsäkert sätt. Förvaltningen avser att revidera rutin för delegering med förtydligande om kompetens inom svenska språket. Utbildning av sjuksköterskor i dokumentation kring läkemedelshantering planeras. Även samverkan med vårdcentral kring arbetet med läkemedelshantering ska ses över.

IVO konstaterar också att brytpunktssamtal dokumenteras inte alltid i omvårdnadsjournal. Förvaltningen avser att revidera plan för palliativ vård och föra in brytpunktssamtal i treserva. Sjuksköterskorna kommer också att utbildas i dokumentation vid brytpunktssamtal

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2023-03-21

Beslut från Inspektionen för vård och omsorg avseende granskning och tillsyn av medicinsk vård och behandling i särskilda boendeformer för äldre, SÄBO, (3.5.1-35506/2022)

Förvaltningens förslag till beslut

Katrina Haddon
Förvaltningschef

Kerstin Pettersson
tf MAS

Beslut till:

För kännedom
Förvaltningschef
Akten

För åtgärd
MAS
Verksamhetschef HSL

Oxelösunds kommuns, Vård- och
Omsorgsnämnden
631 81 Oxelösund

Vårdgivare och huvudman

Oxelösunds kommun

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs Vård- och omsorgsnämnden i Oxelösunds kommun (nämnden).

I tillsynen har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskat följande områden:

- Individuell bedömning och kompetensnivå
- Dokumentation och personalkontinuitet
- Läkemedelshantering
- Vård i livet slutskede

Beslut

IVO konstaterar följande brister:

- den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning.
- dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård.
- läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt.
- brytpunktsamtal dokumenteras inte alltid i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.

IVO begär med stöd av 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, att nämnden redovisar:

- de åtgärder som vidtagits eller planeras för att komma till rätta med de brister som IVO konstaterat,
- uppgifter om när åtgärderna genomförts eller kommer att genomföras,
- samt hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp.

Redovisningen ska ha kommit in till IVO senast **den 28 mars 2023**.

Om bristerna inte avhjälpas eller om begärd redovisning inte kommer in inom angiven tid kan IVO komma att fatta beslut om föreläggande med eller utan vite.

Skälen för beslutet

Nedan kommer IVO under varje bristpunkt att redovisa myndighetens bedömning av den medicinska vården och behandlingen på SÄBO i Oxelösunds kommun.

Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning

IVO:s tillsyn visar att den personal som gör individuella medicinska bedömningar på SÄBO i Oxelösunds kommun inte har tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften och inte behärskar det svenska språket i tillräcklig omfattning. IVO bedömer att den bristande kompetensnivån och bristerna i det svenska språket utgör en patientsäkerhetsrisk och medför att kommunen inte säkerställer att kraven på en god vård uppfylls.

IVO konstaterar vidare att många livsavgörande bedömningar av patienter på SÄBO görs av den personal som har den lägsta utbildningsnivån. Tillgången till läkare är ibland otillräcklig. Det framkommer att sjuksköterskorna alltid har förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när detta behövs för att uppnå god vård. Det förekommer att sjuksköterskorna saknar möjlighet att ge vård- och omsorgspersonalen stöd i den omfattning som krävs.

Bristerna innebär att den personal som är närmast patienten inte alltid har den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras. I SÄBO har många patienter allvarliga sjukdomar eller befinner sig i livets slutskede, och det är då viktigt att vård- och omsorgspersonalen t.ex. förstår vilka symtom de ska vara uppmärksamma på för att tillkalla sjuksköterska.

IVO konstaterar att en del av kompetensbristen handlar om att vård- och omsorgspersonal har otillräckliga kunskaper i svenska språket. Språkkunskaper och förmåga att kommunicera både muntligt och skriftligt är en förutsättning för patientsäkerheten. Det finns också en risk att information mellan olika yrkeskategorier missuppfattas eller förvanskas. Detta är förstas särskilt allvarligt när det gäller personal med delegering att ge läkemedel till patienter.

IVO vill påtala att det är den enskilda arbetsgivaren som måste ställa krav vid rekrytering utifrån verksamhetens behov av kvalitet och kompetens.

IVO konstaterar av underlaget att tillgång till läkare och läkarkonsultation ibland är otillräcklig. Det är regionens ansvar att avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. IVO påtalar att om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen. Ledningen har uppgett att man inte utövar någon egenkontroll eller uppföljning av hur läkarkonsultationerna fungerar. Detta är enligt IVO en brist då kommunen i egenskap av vårdgivare enligt PSL ska kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Oxelösund	Södermanland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkonsultation en vanlig månad	51%	27%	34%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Upplever att tillgången till läkare är otillräcklig	100%	34%	46%
Upplever att läkartillgången inte ökat och att läkartillgången är otillräcklig	75%	29%	42%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende tillgången till läkare, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	75%	38%	52%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende personalens kunskaper i svenska, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	100%	98%	87%
Ser patientsäkerhetsrisker avseende hur många patienter den enskilda sjuksköterskan ansvarar för, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	50%	63%	63%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervju med representanter för kommunens sjuksköterskor framkom att de flesta av vård- och omsorgspersonalen har kompetens att uppmärksamma om patientens hälso- och sjukdomstillstånd förändras och att de oftast kontaktar sjuksköterskan när det finns behov. Vid något tillfälle har det hänt att t.ex. vikarier inte uppmärksammat saker de borde larmat om. Brister i vård- och omsorgspersonalens kompetens i svenska språket kan leda till missförstånd och oklarheter till exempel har det vid något tillfälle blivit fel pga. språkförbristning. Sjuksköterskorna framförde att det vid varje arbetspass finns möjlighet att besöka patienten och bedöma hens hälso- och sjukdomstillstånd när de anser att det finns behov av det. Vidare framför sjuksköterskorna att det ser olika ut beträffande läkarkontakten på kommunens olika SÄBO. På vissa boenden fungerar kontakten mellan sjuksköterska och läkare bra, medan det kan variera mellan olika vårdcentraler. Sjuksköterskorna framförde att tillgången på läkare på plats har minskat sedan ett år tillbaka.

Patienter

Enligt patienterna får de vid behov alltid hjälp av vård- och omsorgspersonalen samt sjuksköterska. Det varierar om patienterna får träffa läkare när de har behov av det. Enligt svaren från patienterna kan det vara ibland, sällan och en patient vet inte. Tre patienter angav att de kan göra sig förstådda och förstås. En patient uppgav att det är mycket vård- och omsorgspersonal som inte har tillräckliga språkkunskaper i svenska språket. Patienten kunde få ta upp det hen vill tala om med någon annan istället pga. att personalen ej förstår. Detta kunde hända några gånger i veckan. En annan patient uppgav att hen kan få fråga om någon enstaka gång. Hälften av patienterna kände sig trygga med sin vård och behandling och den andra hälften uppgav att de kände sig ganska trygga.

Ledning

Vid samtal med representanter för kommunens ledning framkom att de är medvetna om att det finns brister gällande vård- och omsorgspersonalens kompetens och språkkunskaper. Ledningen uppgav att det ser ut att det finns risker om sjuksköterskan inte kan förlita sig på uppgifterna från vård- och omsorgspersonalen (som är närmast patienten) som gör bedömningen. För närvarande är ett digitalt arbetsprov infört som ska säkerställa tillräckliga kunskaper i svenska, både i skrift och tal samt kompetens i omvårdnad för all personal som nyanställs. Genom samarbete med Campus har de identifierat personer som har utbildningsbehov kring språkkunskaper. De har säkrat språkkunskaper kopplat mot kunskap inom vård- och omsorg. Ledningen uppgav att de arbetar aktivt och att det är ett område som de kommer att fortsätta att arbeta med. Ett färdigt program finns redan för att bättra språket för redan anställd personal.

När det gäller sjuksköterskebemanningen så har kommunen en omorganisation med ny fördelning som startar i december 2022. Denna förändring ska medföra att antalet sjuksköterskor som är på plats på varje SÄBO under dagtid ökar. Förändringen medför dock att antalet patienter som varje sjuksköterska har ansvar för ökar till mellan 13-22 patienter mot tidigare 11-18 patienter.

Kommunens målsättning är att patienterna på SÄBO ska få träffa en läkare när de har behov av det, men alla patienter har dock inte behov av det varje månad. Ledningen framförde att de under 2022 har fått läkarsamverkansuppdrag från tre vårdcentraler på grund av regionens läkarbrist. Ledningen uppgav att en förklaring till att sjuksköterskor upplevt att läkartillgången som sämre kan beror på att de haft en läkare under halvdagar alla dagar i veckan på ett av boendena. I dagsläget finns läkare under sammantaget tre dagar i veckan. Därutöver finns det möjlighet att nå läkaren på telefontiden. Ledningen uppgav vidare att om 100 procent av sjuksköterskorna upplever att läkartillgången är otillräcklig så behöver de se över det. Ledningen uppgav att de följer upp samverkansavtalen med regionen vid två tillfällen per år. I de fall det finns behov av tätare uppföljning av avtalet sker det oftare. Om brister upptäcks arbetar man för att förbättra dessa delar.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Den ska även bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet.

Enligt 6 kap. 1 § PL ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Till stöd för tillämpningen av bestämmelsen om lämplig utbildning och erfarenhet finns Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre, framgår bland annat att personal som arbetar på SÄBO minst bör ha:

- kunskap om vanliga sjukdomar och hälsoproblem hos äldre personer och hur dessa påverkar behovet av vård och omsorg.
- förmåga att bedöma när någon annan kompetens än den egna behövs.
- förmåga att kommunicera med personer ur olika yrkesgrupper.
- förmåga att förstå, tala, läsa och skriva svenska.

Av 16 kap. 1 § HSL framgår bl.a. att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs till kommunen för att de ska kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård. Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om regionerna inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från regionen.

Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk och det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård

IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i Oxelösunds kommun inte sker enligt gällande regelverk och att det viss del inte finns en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård. IVO konstaterar att det för flera patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner. IVO bedömer att bristerna utgör en patientsäkerhetsrisk.

IVO konstaterar även att det finns patientsäkerhetsrisker kopplat till dokumentationsbrister som påverkar patienter i hög grad eller måttlig grad. En relevant och aktuell dokumentation är av stor betydelse för att bidra till en god och säker vård av patienten. Ju fler som är involverade i patientens vård och behandling desto viktigare är det att det finns en tydlig dokumentation som innehåller en planering för vård och behandling. IVO anser också att den som arbetar patientnära ska ha tillgång till den information som krävs för en god och säker vård.

IVO anser att patienter på SÄBO ska ha vårdplaner som utgår från deras aktuella tillstånd och behov. En förutsättning för god och säker vård är att information finns tillgänglig för den vård- och omsorgspersonal som utför hälso- och sjukvårdsinsatserna. I vårdplanen ska behovet av vård och behandling för patienten på kort och lång sikt beskrivas och det ska anges vem av huvudmännen (kommunen eller regionen) som ska vidta åtgärderna och vem som har det övergripande ansvaret för planen. IVO är medveten om att vårdplaner kan vara dokumenterade i andra journaler än de kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler som granskats. Sjuksköterskorna uppger att de inte alltid har tillräcklig information, vilket innebär risker för patientsäkerheten eftersom insatser riskerar att försenas eller inte kunna utföras. Kommunen behöver därför vidta åtgärder för att i samråd med regionen se till att sjuksköterskorna får kännedom om all relevant patientinformation oavsett på vilket sätt detta sker.

IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och läkare, vilket inte främjar god vård. Att ständigt möta nya vårdkontakter kan skapa otrygghet, leda till bristfällig vård och medföra ökade risker för patienten. IVO menar att bristande personalkontinuitet, med personal som inte sedan tidigare känner patienten, i kombination med bristande dokumentation utgör en riskfaktor för patientsäkerheten. Om det saknas en tydlig dokumentation och planering för patienten finns risk för att rätt åtgärder inte vidtas om patienten blir försämrad. Det kan leda till att patienten drabbas av onödig inläggning på sjukhus alternativt inte får tillgång till nödvändig sjukhusvård. Detta riskerar att ske i större utsträckning när det är många olika sjuksköterskor inblandade i patientens vård och behandling.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Oxelösund	Södermanland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad vårdplan	50%	41%	44%
Andel patienter som saknar dokumenterad vårdplan, av de som en vanlig månad träffar minst 6 olika ssk	-	43%	39%
Andel patientjournaler där åtgärds-koder (kvå, icf) saknas	100%	63%	63%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad	100%	72%	67%
Saknar tillgång till primärvårdsjournaler	50%	29%	26%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Vid intervjun med sjuksköterskorna framkom att det finns brister i kontinuiteten för helg- och kvällspassen. Det saknas ordinarie sjuksköterskor och kommunen hyr in bemanningssjuksköterskor för att täcka behovet. Sjuksköterskorna uppgav att kontinuiteten för läkare är ganska bra dagtid men att det finns skillnader mellan olika

vårdcentraler. Vidare framkom att kontinuiteten avseende vård- och omsorgspersonalen är ganska bra. De intervjuade uppger att det varierar mellan de olika avdelningarna från bra till mindre bra. Vård- och omsorgspersonalen får arbeta på flera avdelningar under ett och samma arbetspass. Sjuksköterskorna har märkt detta utifrån att vård- och omsorgspersonalen inte har koll på de boendes behov och det är särskilt svårt för de patienter som är dementa.

Vid intervjun framkom det att sjuksköterskorna har tillgång till de journaler de har behov av. De har tillgång till Regionens journaler via nationell patientöversikt (NPÖ). Vård- och omsorgspersonalen ser endast det som skickas till dem i form av ett uppdrag. Vård- och omsorgspersonalen kan inte läsa dokumentationen i hälso- och sjukvårdjournalen utan sjuksköterskan får skicka meddelande samt uppdrag till dem. Sjuksköterskorna kan inte läsa den sociala dokumentationen. Sjuksköterskorna uppgav att det finns en strukturerad vårdplan för alla patienter som har hälso- och sjukvårdsinsatser. De berättade att det finns förutsättningar att följa upp effekten av planerade och insatta åtgärder för alla patienter som de har omvårdnadsansvar för. Sjuksköterskorna uppgav också att all vård- och omsorgspersonal har tillgång till vårdplanerna som de har behov av.

Sjuksköterskorna berättade vidare att det finns ett dokumentationsstöd i journalsystemet med ICF struktur och att frastexter används och att det pågår ett förbättringsarbete gällande dokumentation sedan september 2022.

Patienter

Vid samtal med patienterna framkom att dessa inte känner till om det fanns en planering för deras vård och behandling. Någon patient uppgav att det finns säkert en plan men att det inte var något som patienten visste om.

Hälften av patienterna tycker kontinuiteten är bra och den andra hälften tycker den är ganska bra gällande vård- och omsorgspersonal samt sjuksköterskor. En patient tycker kontinuiteten är bra för läkare medan två tycker den var varken bra eller dålig. Två patienter uppgav att de inte visste.

Ledning

Representanterna för ledningen känner igen informationen om bristande personalkontinuitet. Ledningen beskrev att för vård- och omsorgspersonalen handlar det om att erbjuda personal rätten till heltidstjänstgöring. Ledningen uppgav att de ser att situationen inte är tillfyllest utifrån personalens situation samt utifrån patientsäkerheten. Inom en snar framtid kommer man därför att se över om man istället kan få hela pass för att tillgodose behovet av kontinuitet då det är patientens behov av hjälp och stöd som man ska tillgodose. Det nya arbetssättet startar i januari år 2023. Ledningen planerar att följa upp arbetet, bl.a. kontinuiteten och brukarnöjdheten. Arbetet är också formulerat i form av politiska mål som kommer att följas upp. Vidare framkom att efter årsskiftet kommer kommunen gå tillbaka till att samverka med endast en vårdcentral gällande läkarresurser.

När det gäller dokumentation och att det tidigare saknats vårdplaner uppger MAS att det inte kan stämma. Det som framkommit när MAS utfört journalgranskning är istället att det finns för mycket vårdplaner, både inaktuella och dubbla. MAS uppgav att det finns patientsäkerhetsrisker med dokumentation som påverkar patienten i hög eller måttlig grad. MAS uppgav vidare att ett första steg för att ”städa” gällande vårdplaner ska ske genom att de ska genomföra kollegial granskning (sjuksköterskor) kring journalarbetet. Behörig personal behöver även avsluta det som är inaktuellt och ledningen uppgav att de behöver se över detta i alla förvaltningar. Det har inte funnits tid för det men de räknar med att kunna göra det under nästa år. Ledningen anser att det behövs ”städa” för att minska riskerna för fel. De kommer även börja med utbildning kring dokumentationssystemet så att det blir korrekt. Kommunen har också anställt en välfärdsstrateg som jobbar aktivt med dokumentationssystemen och de applikationer som gäller för hälso- och sjukvården.

Vidare uppgav MAS att de har en dokumentationsgrupp som träffas regelbundet. Gruppen består av biträdande chef, MAS, fysioterapeut, två sjuksköterskor och en arbetsterapeut. Gruppen arbetar med att se över om förbättringar kan göras, identifiera risker och att teamet kan bli bättre i relation till patienten. Gruppen har identifierat förbättringsbehov och arbetar aktivt med det. MAS har även möten med hela sjuksköterskegruppen en gång i månaden men då kan ämnena variera som diskuteras. Gällande dokumentation med ICF och KVÅ så uppgav ledningen att de använder dessa, men inte i så stor utsträckning. Utförandet blir felaktigt och det behöver revideras. Ledningen anser att de borde leverera mer till den nationella databasen och de behöver internt se över varför det idag inte hamnar rätt eller inte registreras. Ledningen uppgav att det finns en internkontrollplan som anger hur de ska följa upp dokumentationen i patientjournal samt att det finns en vårdplan. Det görs även stickprov vid två tillfällen per år. De följer det från politiskt håll genom att de får rapporter om hur arbetet går.

Tillämpliga bestämmelser

Bristande dokumentation

Enligt 3 kap. 1–2 §§ patientdatalagen (2008:355), PDL, ska en patientjournal föras när en patient får vård, och syftet med det är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Enligt 6 § samma kapitel ska journalen innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, däribland ställd diagnos och väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder samt om patienten har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Av 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den som är behörig att ta del av uppgifterna. Enligt 5 § samma kapitel ska vårdgivaren säkerställa att patientjournalen i förekommande fall innehåller bl.a. följande uppgifter. Aktuellt hälsotillstånd och medicinska

bedömningar, utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden och resultatet av dessa åtgärder, ordinationer och ordinationsorsak samt vårdplanering.

Av 3 kap. 2 § första punkten HSLF-FS 2016:40 framgår att vårdgivaren genom ledningssystemet ska säkerställa att dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet).

Bristande personalkontinuitet

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Läkemedelshanteringen sker inte på ett patientsäkert sätt

IVO:s tillsyn visar att läkemedelshanteringen i Oxelösunds kommun inte sker på ett patientsäkert sätt. Bristerna avser delegering och läkemedelsgenomgång och dessa brister medför en patientsäkerhetsrisk.

Delegering

IVO anser att det saknas tillräckliga förutsättningar för den vård- och omsorgspersonal som har delegerats arbetsuppgiften att ge läkemedel att utföra denna uppgift på ett patientsäkert sätt. Detta utgör enligt IVO en brist. Vid inspektionen framkom bland annat att avvikelser inom läkemedelshantering utgör den största delen och det mest förekommande är att det saknas signering för given dos efter överlämnandet.

Läkemedelsgenomgång

IVO anser att det är av största vikt att kommunerna i samverkan med regionen medverkar till att läkemedelsgenomgångar genomförs för att se till att dessa patienter inte får läkemedel som bör undvikas.

IVO konstaterar att det till stor del saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Vid inspektionen framkom att läkemedelsgenomgångar genomförs men att det finns problem gällande samverkan med läkare. Huvudmannen har därför inte möjlighet att säkerställa att samtliga patienter erbjuds en årlig läkemedelsgenomgång. IVO anser att det är av vikt att läkemedelsgenomgångar finns dokumenterade i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen även om huvudansvaret för läkemedelsgenomgång åligger regionen som huvudman.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Nyckeltal	Oxelösund	Södermanland*	Riket
Av journalgranskningen framgår			
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång	36%	50%	51%
Andel patienter utan dokumenterad läkemedelsgenomgång, av de med läkemedel som bör undvikas	30%	41%	44%
Andel patienter med läkemedel som bör undvikas	23%	28%	20%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			
Ser patientsäkerhetsrisker kopplat till läkemedelshantering som delegeras, vilket påverkar patienten i hög eller måttlig grad	100%	51%	56%
Har inte möjlighet att handleda i den omfattning som krävs	75%	29%	37%
Delegerar subkutana injektioner till flertalet vård- och omsorgspersonal	0%	53%	28%
Delegerar iordningsställande av dosett till flertalet vård- och omsorgspersonal	25%	12%	17%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Sjuksköterskorna framförde att de alltid har förutsättningar att delegera enligt delegeringsföreskriften samt att ge stöd och handledning till den som fått delegering. Innan delegering ska vård- och omsorgspersonalen ha genomgått en delegeringsutbildning och ha arbetat ett visst antal arbetspass. Vid intervjun uppgav sjuksköterskorna att vård- och omsorgspersonalen oftast utför delegerande insatser på ett patientsäkert sätt. Det finns en del avvikelser där medicinhanteringen utgör den största delen. Som exempel gavs att signering inte utförts för den läkemedeldos som givits.

De intervjuade sjuksköterskorna uppgav att de medverkar till att det genomförs läkemedelsgenomgångar för de patienter som har behov av det en gång om året. Det skrivs i planen för läkemedelshantering. Vid intervjun framkom att läkarna inte alltid medverkar till läkemedelsgenomgångar och att det är personbundet hur aktiv läkaren är i detta. Sjuksköterskorna uppgav vidare att de oftast får information från läkaren när det sker en förändring av patientens läkemedelsbehandling. När en patient vistats på sjukhus (mottagningsbesök eller inneliggande) och förändringen har skett i läkemedelslistan kan det dock brista i informationen. Vid förändringar av läkemedel informerar sjuksköterskan alltid vård- och omsorgspersonalen vad de ska vara observanta på avseende patientens hälsotillstånd.

Patienter

Av de intervjuade patienterna uppgav cirka trettio procent att de hade diskuterat sina läkemedel med en läkare under det senaste året. För drygt sextio procent hade det genomförts läkemedelsförändringar det senaste året. För en av patienterna där läkemedelsförändring utförts hade förändringen inte följts upp. Alla patienter uppgav att de kände sig trygga med att få rätt läkemedel vid rätt tillfälle.

Ledning

Enligt representanterna för ledningen är rutiner för delegering tydlig och det sker i fyra steg. Rutinen är reviderad från i år. Man ska ha arbetat en viss tid, genomgått en övervakad webbutbildning som sker på plats, haft handledning och samtalat med ansvarig sjuksköterska samt bedömts lämplig. Ledningen uppgav att största posten av avvikelser består av läkemedelshantering, i form av osignerad post. Ledningen framhöll att det också är upp till varje chef, i samarbete med andra berörda samt patienterna, att jobba med sina egna siffror (vilken delegering personalen har, vad som är signerat eller inte etc.).

Vidare framförde ledningen att vad det rör de enkla läkemedelsgenomgångarna har risker ej setts i dessa. Men vad rör de fördjupade läkemedelsgenomgångarna är det mycket sämre. Det beror på att det finns ett stort motstånd från läkarnas sida att utföra dessa, bl.a. då läkarna inte vill blir granskad av apotekaren. Ledningen uppgav att de hade kännedom om detta och har även lyft frågan högre flera gånger bl.a. till Hälsoval. Ledningen uppgav att de har förhoppning om att det ska bli bättre när de går över till att enbart samarbeta med en vårdcentral inom kort (2023).

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Delegering

Enligt 6 kap. 3 § PSL får delegering av arbetsuppgifter ske endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård och den som delegerar ansvarar för att den som får delegationen har förutsättningar att fullgöra uppgiften.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård framgår bl.a. att den som delegerar en uppgift ska klargöra för den som tar emot den vilka teoretiska och praktiska kunskaper som krävs för att fullgöra arbetsuppgiften på ett fullgott sätt. Om den som tar emot en delegering inte anser sig ha tillräckliga kunskaper för uppgiften får uppgiften inte delegeras.

Läkemedelsgenomgång

Enligt 11 kap. 3–4 §§ HSLF-FS 2017:37 ska vårdgivaren erbjuda patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid inflyttning på bl.a. SÄBO. Samma patienter ska dessutom erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under boendet. Vårdgivaren ska även erbjuda patienter som har läkemedelsrelaterade problem eller där det finns misstanke om sådana problem en enklare läkemedelsgenomgång.

Av 5 kap. 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivaren ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om utredande åtgärder samt bakgrunden till dessa (punkten 2) och andra sammanfattningar av genomförd vård (punkten 5).

Brytpunktsamtal dokumenteras inte alltid i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen

IVO:s tillsyn visar att det finns brister kopplade till vård i livets slutskede i Oxelösunds kommun. IVO kan av den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen inte utläsa att brytpunktssamtal¹ genomförts när vården övergår i livets slutskede. IVO anser att dessa brister medför att patienten inte får god vård och det förekommer att personal som arbetar med patienter i livets slutskede inte har tillgång till information om hur vården ska genomföras.

IVO konstaterar att några sjuksköterskor påbörjar läkemedelsbehandling vid livets slutskede utan att först informera och på nytt ta kontakt med läkare för ett nytt

¹ Samtal som ska dokumenteras enligt 3 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling.

ställningstagande. IVO menar att utifrån kravet på god vård ska en sjuksköterska, även om en planering för patienten avseende vård i livets slutskede finns beslutad av läkare, i normalfallet ta ny kontakt med läkare innan åtgärder enligt planen vidtas. Detta kan underlåtas endast i undantagsfall.

Det kan förekomma att brytpunktsamtal inte dokumenteras på SÄBO.

För att uppnå en god och säker vård ska patienten och i förekommande fall närstående vara informerade, delaktiga och ge samtycke till vård och behandling. När vården går in i livets slutskede och palliativa insatser sätts in ska det hållas ett s.k. brytpunktsamtal med patienten och/eller närstående. Samtalet, som förs med läkare, är centralt för att patienten ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalet behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede, och därför är dokumentationen viktig. Att brytpunktsamtal inte dokumenteras utesluter inte att de genomförts men bara inte dokumenterats i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Det kan också betyda att inget samtal har genomförts. Oavsett vilket så riskerar effekten att bli densamma för patienten, nämligen att personalen saknar information om hur vården i livets slutskede ska genomföras.

IVO grundar sin bedömning på följande resultatredovisning:

Oxelösund Södermanland* Riket

Av journalgranskningen framgår			
Andel avlidna patienter som inte har dokumenterat brytpunktssamtal	77%	76%	75%
Andel patienter som inte har en dokumenterad läkarkontakt veckan före tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	13%	7%	13%
Andel patienter som saknar ett dokumenterat brytpunktssamtal, av de där minst tre palliativa läkemedel omnämns i journalen	71%	69%	66%
I sjuksköterskeenkäten uppger sjuksköterskorna att de			

Kontaktar inte läkare inför ställningstagande att påbörja läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede	25%	12%	10%
Andel sjuksköterskor som uppger att planering, så att patienten inte behöver avlida ensam, endast sker sällan eller ibland	0%	5%	8%

* = Resultat för kommuner inom samma region/län.

- = Resultat kan ej redovisas då materialet är för litet.

Uppgifter som framkom vid inspektionen med följande grupper:

Sjuksköterskor

Enligt sjuksköterskorna har de ett arbetssätt där de skapar förutsättningar för patient och/eller närstående att förstå att vården övergått till vård i livets slutskede.

Sjuksköterskorna gav som exempel att de repeterar information för de anhöriga som ibland har svårt att förstå. Vidare uppgav sjuksköterskorna att några patienter och/eller närstående erbjuds brytpunktssamtal när beslut ska tas om vård i livets slutskede.

Sjuksköterskorna uppgav att alla läkare inte uppfattar att det är deras uppgift. Enligt sjuksköterskorna dokumenteras endast brytpunktssamtal i journalen när läkaren har genomfört samtalet.

Sjuksköterskorna uppgav att det alltid framgår i journalen när patientens vård övergått till vård i livets slutskede. En plan tas fram för livet slut. Vidare uppgav de att det förekommer att läkare ibland ordinerar läkemedel för vård i livets slutskede innan patientens vård övergått i detta skede. Sjuksköterskorna kan dock påbörja (men sällan) läkemedelsbehandling utan att ta kontakt med läkare i de fall det finns äldre ordinationer. Sjuksköterskorna uppgav att om de givit läkemedel som palliativ ordination kontaktar de läkaren i efterhand, närmaste dag efter.

Ledning

Enligt ledningen genomförs brytpunktssamtal men att sjuksköterskorna kan ha missat att använda termen "brytpunktssamtal" i journalen därav är resultatet 77 procent på kommunkortet. Vidare beskrev ledningen att de vid uppföljning sett att anhöriga ibland inte förstått att deras anhöriga är nära döden. MAS reflekterade över att det eventuellt kan vara så att verksamheten kan behöva göra palliativa vårdplaner i ett tidigare skede.

MAS uppgav att sjuksköterskor kan göra en egen bedömning om detta upp till sjuksköterskenivå och därefter ska en läkare kontaktas. MAS uppgav att om det finns ordinationer sedan ett halvår tillbaka så bör man ha en diskussion med läkaren och

patienten. MAS vet dock inte om det görs idag och menar att sjuksköterskorna har ett ansvar att se till att läkemedlen i de fallen blir utsatta. Det borde följas upp i vårdplanen och det är något som de anser att de kan justera så att det blir tydligare i rutinerna. Man ser också en risk med att allt för detaljerade rutiner. Om planerna är tydliga och inte äldre än ett halvår så blir inte detta ett problem. MAS känner inte till att det finns så gamla ordinationer i praktiken. Diskussion fördes mellan MAS och enhetschef för hälso- och sjukvården om att riktlinjerna kan behöva förtydligas och eventuellt behöver en vägledning finnas som kompletterar rutinerna.

Dialog fördes även om det finns en planering för att patienter inte ska behöva avlida ensamma. Ledningen uppgav att rutin finns och att den är välkänd hos sjuksköterskorna. Patienten ska inte avlida ensamma om man inte vill det.

Tillämpliga bestämmelser

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med god vård avses bland annat att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Av 2 § samma kapitel följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt 3 kap. 1 § PSL ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls.

Enligt 1 kap. 7 § PL, ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt 5 kap. 1 och 3 §§ PL ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och om lämpligt med närstående.

Enligt 3 kap. 1 och 6 §§ PL ska patienten få anpassad information utifrån sina individuella förutsättningar. Informationen ska bl.a. innehålla uppgifter om hälsotillstånd, metoder för vård och behandling samt förväntat vård- och behandlingsförlopp. Enligt 4 § samma kapitel ska informationen, om den inte kan lämnas till patienten, istället såvitt möjligt lämnas till en närstående.

Av 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling framgår att en patient med ett livshotande tillstånd ska få en legitimerad läkare som fast vårdkontakt. Denne ska ansvara för planeringen av patientens vård. Vid planeringen ska den fasta vårdkontakten enligt 4 § samma kapitel fastställa målen för vården inklusive delmålen för de olika behandlingar och åtgärder som ingår i vården, och ta ställning till hur patientens behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses. Inför ett ställningstagande till att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling ska den fasta vårdkontakten enligt 3 kap. 2 § i föreskriften rådgöra med minst

en annan legitimerad yrkesutövare. Den fasta vårdkontakten ska i patientjournalen bl.a. dokumentera sitt ställningstagande till livsuppehållande behandling, när och med vilka yrkesutövare han eller hon har rådgjort, uppgifter om samråd med patienten, vilken inställning till den livsuppehållande behandlingen som patienten och närstående har gett uttryck för samt när och på vilket sätt patienten och närstående har fått individuellt anpassad information, vilket framgår av 3 kap. 3 § i föreskriften.

Av 4 kap. 1 § SOSFS 2011:7 framgår att om en patient ger uttryck för att en livsuppehållande behandling inte ska inledas eller inte ska fortsätta, ska den fasta vårdkontakten före ställningstagandet till patientens önskemål försäkra sig om att patienten och närstående har fått individuellt anpassad information i enlighet med 3 kap. PL. Den fasta vårdkontakten ska även göra en bedömning av patientens psykiska status och förvissa sig om att patienten

1. förstår informationen,
2. kan inse och överblicka konsekvenserna av att behandling inte inleds eller inte fortsätter,
3. har haft tillräckligt med tid för sina överväganden, och
4. står fast vid sin inställning.

I propositionen 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, anges att vård i livets slutskede omfattas av prioritet 1 enligt den etiska plattformen.

Bakgrund och övergripande slutsatser av den nationella tillsynen

IVO genomförde under 2020–2021 en granskning av den medicinska vården på SÄBO som huvudsakligen var kopplad till vården av patienter som insjuknat i covid-19. Under 2022–2023 genomför nu myndigheten en fördjupad granskning av den medicinska vården på SÄBO hos alla Sveriges kommuner. Tillsynen innefattar en granskning av kommunala hälso- och sjukvårdsjournaler, enkäter till sjuksköterskor och patienter samt inspektioner på plats i kommuner. Inspektionerna omfattar intervjuer med patienter, sjuksköterskor och personer i ledande befattning. Den omfattande granskningen av journaler tillsammans med enkäterna och inspektionen möjliggör för IVO att dra generella slutsatser om hur kommunerna ger förutsättningar för god vård. Syftet med den fördjupade granskningen är att bidra till att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt de bestämmelser som reglerar området och bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så att vården blir god och säker för de äldre som bor på SÄBO.

Det nationella tillsynsresultatet visar att det finns stora brister inom medicinsk vård och behandling på SÄBO. Bristerna omfattar bland annat svag efterlevnad av reglerna om vård i livets slutskede, avsaknad av individuell medicinsk bedömning samt vård och behandling enligt ordination, brister i läkemedelshantering, olämplig läkemedelsanvändning samt brister gällande kompetens, kontinuitet och dokumentation.

De inkomna synpunkterna påverkar inte IVO:s bedömning.

Underlag

- Sammanställning intervju sjuksköterskor
- Sammanställning av patientintervjuer
- Protokoll dialog med kommunledning
- Detaljerat kommunkort
- Synpunkter från nämnden efter kommunikering av handlingar

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen David Efraimsson. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Malin Lindqvist och Rose-Marie Aversjö deltagit. Inspektören Johanna Haglund har varit föredragande.

Enligt 10 kap. 13 § PSL får detta beslut inte överklagas.



Äldreomsorgsförvaltningen
Åsa Mirheim

Yttrande över planerade och vidtagna åtgärder utifrån revisionsrapport "Gemensam granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter".

1. Äldreomsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna äldreomsorgsförvaltningens förslag till yttrande över planerade och vidtagna åtgärder utifrån revisionsrapporten.

Vård- och omsorgsnämnden beslutar om omedelbar justering av beslutet.

2. Sammanfattning

Revisorerna i Region Sörmland, Eskilstuna kommun, Flens kommun, Gnesta kommun, Katrineholms kommun, Nyköpings kommun, Oxelösunds kommun, Strängnäs kommun, Trosa kommun samt Vingåkers kommun har gemensamt uppdragit åt EY att genomföra en granskning med syftet att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i kommunerna säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas. Granskningen visar att samverkan sker, men att den inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Det finns många olika orsaker bakom detta och revisionens bedömning utifrån granskningen är att ingen enskild aktör kan hållas ansvarig.

Samtliga kommuner har fått i uppdrag av revisionen att vidta åtgärder kring fyra punkter utifrån vad som framkommit i granskningen. Äldreomsorgsförvaltningen arbetade redan innan granskningen färdigställdes med att förbättra sina egna strukturer och de interna samarbetsformerna för att bättre svara upp för äldreomsorgsförvaltningens del av processen.

Äldreomsorgsförvaltningens åtgärder innefattar utbildning till biståndshandläggarna, utveckling av kommunikationsstrukturer samt

inrättande av en boendesamordnare och koordinator i biståndshandläggargruppen.

3. Ärendet

EY's granskning av utskrivningsprocessen har visat att det finns brister i såväl kommunernas som regionens arbete i processen. Granskningen visar att samverkan sker, men att den inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Det finns många olika orsaker bakom detta och revisionens bedömning utifrån granskningen är att ingen enskild aktör kan hållas ansvarig. Samtliga kan vidta åtgärder för att bidra till en förbättrad utskrivningsprocess.

En central del i arbetet med att säkerställa en trygg hemgång med vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet är genomförandet av samordnad individuell planering (SIP) där patient eller närstående ska ges möjlighet att delta. Där är revisionens bedömning att lagens intentioner inte uppfyllts. Det saknas dokumentation över hur ofta SIP sker och i granskningen framkommer att SIP endast sker i en liten del av de fall där patienten har ett fortsatt behov av stöd.

EY beskriver i sin granskningsrapport att det också i kommunerna finns en frustration över att sjukhusen inte kallar till SIP i vad som av övriga aktörer uppfattas som komplicerade fall. Äldreomsorgsförvaltningen instämmer i detta. EY betonar dock att kommunen också har ett ansvar och en möjlighet att, enligt socialtjänstlagen, initiera arbetet med en samordnad individuell plan vid behov. Kommunen bör för den enskildes skull göra detta vid behov och fortlöpande anmäla avvikelser om regionen inte hörsammar kallelsen.

EY framhåller att kommunikationen mellan kommunens biståndshandläggare och slutenvård fungerar väl i de flesta fall, men att information ofta kompletteras eller förmedlas genom andra kanaler än Prator. Granskningen visar att den interna kommunikationen i kommunerna inte alltid fungerar, att hemtjänsten får informationen för sent för att kunna göra en bra planering samt att hemsjukvården inte tillfrågas om de är klara innan kommunerna markerar patienten som kommunklar. Detta är något som äldreomsorgsförvaltningen delvis instämmer i. Den interna kommunikationen mellan biståndshandläggare och hemsjukvård kan bli bättre i utskrivningsprocessen. När det gäller kommunikationen mellan biståndshandläggare och hemtjänst fungerar den väl i de allra flesta fall. Dock behöver biståndshandläggare och hemtjänst utveckla samverkansformer för att ytterligare förbättra kommunikationen, och bibehålla det som fungerar.

Av den länsgemensamma överenskommelsen framgår att parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutenvård. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja lyfts i granskningsrapporten fram som en central insats för att motverka undvikbara återinskrivningar.

EY uppmärksammar i rapporten att det i samband med utskrivning och hemgång finns flera komplicerande faktorer som försvårar samverkan. Ansvar för att minska antalet undvikbara återinskrivningar är delat mellan region och kommuner, vilket framgår tydligt av gällande riktlinjer. EY bedömer att uppföljning, utvärdering och analys kan utvecklas både i kommunerna och i regionen i syfte att minska undvikbara återinskrivningar.

Mot bakgrund av granskningens resultat rekommenderar revisorerna i respektive kommun att berörd nämnd, i respektive kommun:

- Säkerställer att medarbetarna tar initiativ till samordnad individuell planering, när behov finns, om sjukhuset eller vårdcentralen inte tar sitt kallelseansvar.
- Säkerställer att kommunikationen mellan biståndshandläggare och samtliga involverade utförare av insatser fungerar väl, med avseende på exempelvis framförhållning och utförarnas behov av information.
- Utvecklar rapporteringen av avvikelser till regionen, och återkopplar på avvikelserapporter från regionen.
- Följer upp återinläggningar av patienter för att bevaka att de kommunala insatserna i samband med hemgång sker på ett tryggt och säkert sätt.

Äldreomsorgsförvaltningen har sedan tidigare uppmärksammat egna brister inom de fyra punkter som revisionen lyft. Flera åtgärder är sedan tidigare planerade för att möta dessa brister.

- Initiativ till att kalla till SIP
Utbildning ska under våren 2023 genomföras för alla medarbetare som har en roll i utskrivningsprocessen. Utbildningen ska innehålla information om vad SIP är, vilket ansvar som ligger på olika yrkesgrupper, samt hur kommunens medarbetare gör för att använda Prator för att kalla till SIP.
- Säkerställa kommunikation mellan biståndshandläggare och utförare
Kommunikationen mellan biståndshandläggare och hemtjänst är väl fungerande i samband med utskrivningsprocessen. Det finns dock alltid rum för utveckling. Utifrån detta planerar verksamhetschef för

myndighet, utveckling och verksamhetsstöd att bjuda in enhetschefer, biträdande enhetschefer samt representanter för kommunens hälso- och sjukvårdsenhet till regelbundna möten för att följa upp hur kommunikationen fungerar i det dagliga arbetet (inte enbart kopplat till utskrivningsprocessen). Syftet med mötet är att följa upp och utveckla kommunikation och samarbete mellan de olika yrkesgrupperna.

- Utveckla avvikelserapporteringen
Äldreomsorgsförvaltningen har uppmärksammat brister i avvikelserapporteringen gentemot regionen. Respektive chef för de yrkesgrupper som har roller i utskrivningsprocessen ansvarar för att säkerställa medarbetarnas kunskap om när och hur avvikelser ska rapporteras till regionen. Informationen ska ges till berörda medarbetare i samband med anställning och därefter löpande i olika forum såsom exempelvis arbetsplatsträffar.
En brist som uppmärksammats i äldreomsorgsförvaltningen är att det är svårt att följa upp de avvikelserapporteringar som görs. I samband med att avvikelshanteringen digitaliseras kommer även avvikelser gentemot regionen att läggas in i verksamhetssystemet treserva. På så vis kan äldreomsorgsförvaltningen lättare följa upp avvikelserna till och från regionen. Detta kommer innebära att äldreomsorgsförvaltningen får ett bättre underlag för utvecklingen av de interna processerna.
- Följa upp återinskrivningar
Äldreomsorgsförvaltningen har under en längre tid haft otillräckliga resurser för att säkerställa en kontinuerlig uppföljning av ärenden i Prator. Det pågår nu en rekrytering av en *boendesamordnare och koordinator* till biståndshandläggargruppen. Tjänsten innebär en utökning av antalet biståndshandläggare och syftet är delvis att arbeta med uppföljning av ärenden i Prator samt att vara ett stöd för biståndshandläggarna i utskrivningsprocesserna. På grund av att det är svårt att rekrytera biståndshandläggare kommer denna tjänst inte att kunna tillträdas förrän i augusti 2023.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse daterad 2023-03-20

Missiv till gemensam granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

Revisionsrapport av granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

Tjänsteskrivelse

Datum
2023-03-20

5 (5)
Diarienummer

Jan Hellström
Tf Förvaltningschef

Åsa Mirheim
Verksamhetschef Myndighet,
utveckling och
verksamhetsstöd

Beslut till:

Tf förvaltningschef FÅ

För kännedom:
Enligt sändlista, sid 5

Regionstyrelsen, Region Sörmland
Vård- och omsorgsnämnden, Eskilstuna kommun
Socialnämnden, Flens kommun
Socialnämnden, Gnesta kommun
Vård- och omsorgsnämnden, Katrineholms kommun
Vård- och omsorgsnämnden, Nyköpings kommun
Vård- och omsorgsnämnden, Oxelösunds kommun
Socialnämnden, Strängnäs kommun
Vård- och omsorgsnämnden, Trosa kommun
Socialnämnden, Vingåkers kommun

Gemensam granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

Revisorerna i Region Sörmland, Eskilstuna kommun, Flens kommun, Gnesta kommun, Katrineholms kommun, Nyköpings kommun, Oxelösunds kommun, Strängnäs kommun, Trosa kommun samt Vingåkers kommun har gemensamt uppdragit åt EY att genomföra en granskning med syftet att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i kommunerna säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas.

Granskningen visar att samverkan sker, men att den inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Det finns många olika orsaker bakom detta och vår bedömning utifrån granskningen är att ingen enskild aktör kan hållas ansvarig. Samtliga kan vidta åtgärder för att bidra till en förbättrad utskrivningsprocess.

En central del i arbetet med att säkerställa en trygg hemgång med vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet är genomförandet av samordnad individuell planering (SIP) där patient eller närstående ska ges möjlighet att delta. Där är bedömningen att lagens intentioner inte uppfyllts. Det saknas dokumentation över hur ofta SIP sker och i granskningen framkommer att SIP endast sker i en liten del av de fall där patienten har ett fortsatt behov av stöd.

EY beskriver i sin granskningsrapport att det också i kommunerna finns en frustration över att sjukhusen inte kallar till SIP i vad som av övriga aktörer uppfattas som komplicerade fall. Granskningen belyser också att den regionala primärvården har en passiv roll i planeringen. EY betonar dock att kommunen också har ett ansvar och en möjlighet att, enligt socialtjänstlagen, initiera arbetet med en samordnad individuell plan vid behov. Kommunen bör för den enskildes skull göra detta vid behov och fortlöpande anmäla avvikelser om regionen inte hörsammar kallelsen.

EY framhåller att kommunikationen mellan kommunens biståndshandläggare och slutenvård fungerar väl i de flesta fall, men att information ofta kompletteras eller förmedlas genom andra kanaler än Prator. Granskningen visar att biståndshandläggare i flera kommuner glömmer bort att tillfråga den kommunala hemsjukvården inför att en patient markeras som möjlig att ta hem. En genomgående observation är också att intervjuade företrädare för hemtjänsten upplever att informationsutbytet sker för sent för att ge goda förutsättningar för planering, samt att överlämningen brister när flera olika utförare av hemtjänst ger stöd till samma brukare (exempelvis när separat nattpatrull förekommer). EY menar på att det finns goda skäl för kommunerna att se över sitt interna informationsflöde med anledning av utskrivningsprocessen, och inte enkom fokusera på kommunikationen gentemot regionen.

Av den länsgemensamma överenskommelsen framgår att parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutenvård. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja lyfts i rapporten fram som en central insats för att motverka undvikbara återinskrivningar.

EY uppmärksammar i rapporten att det i samband med utskrivning och hemgång finns flera komplicerande faktorer som försvårar samverkan. Från slutenvården framförs kritik mot att patienter återinskrivs på sjukhus av icke-medicinska skäl. Förekommande orsaker uppges vara att bostadsanpassningar, hjälpmedel, medicin eller förbrukningsmaterial inte finns på plats enligt plan. Ansvar för sådana insatser är delat mellan kommunen och regionens verksamheter. EY bedömer att uppföljning, utvärdering och analys kan utvecklas både i kommunerna och i regionen i syfte att minska undvikbara återinskrivningar.

Mot bakgrund av granskningens resultat rekommenderar revisorerna i respektive kommun att berörd nämnd, i respektive kommun:

- Säkerställer att medarbetarna tar initiativ till samordnad individuell planering, när behov finns, om sjukhuset eller vårdcentralen inte tar sitt kallelseansvar.
- Säkerställer att kommunikationen mellan biståndshandläggare och samtliga involverade utförare av insatser fungerar väl, med avseende på exempelvis framförhållning och utförarnas behov av information.
- Utvecklar rapporteringen av avvikelser till regionen, och återkopplar på avvikelserapporter från regionen.
- Följer upp återinläggningar av patienter för att bevaka att de kommunala insatserna i samband med hemgång sker på ett tryggt och säkert sätt.

Mot bakgrund av granskningens resultat rekommenderar regionens revisorer att regionstyrelsen:

- ▶ Säkerställer att patienter bereds möjlighet att vara delaktiga genom att erbjudas samordnad individuell planering på sjukhus eller i hemmet vid behov av fortsatt stöd från flera huvudmän.
- ▶ Säkerställer att mer kunskaps-, process- och metodstöd gör det lätt för regionens olika yrkesgrupper att göra rätt i utskrivningsprocessen. Detta bör särskilt omfatta:
 - a) att öka kunskapen om kommunens uppdrag, kompetens och förutsättningar
 - b) att en större del av planeringen inför utskrivning behöver ske tidigare under vårdtiden
 - c) kommunikation mellan parterna, med särskilt beaktande av kommunikation med sällananvändare i Prator
 - d) vikten av att säkra upp att rätt hjälpmedel och aktuell läkemedelslista finns vid hemgång.
- ▶ Tydliggör vad uppdraget fast vårdkontakt i primärvården innebär och vilka förväntningar och förutsättningar som finns.
- ▶ Säkerställer en gemensam avvikelshantering så strukturella problem i utskrivningsprocessen fångas upp och åtgärdas.
- ▶ Säkerställer ett målinriktat arbete med att minska andelen återinläggningar inom slutenvården som orsakas på grund av brister i samordning och planering.



MISSIV

Datum
2022-12-14

Dokumentnummer
RE-REV22-0051-1

Revisorerna i regionen önskar svar från regionstyrelsen och respektive kommunrevision önskar svar från respektive adresserad nämnd med uppgifter om verkställda och planerade åtgärder senast den 31 mars 2023.

Enligt uppdrag,

Gustaf Wachtmeister
Revisionens ordförande
Region Sörmland

Tommy Kvarsell
Revisionens ordförande
Eskilstuna kommun

Marina Bladh
Revisionens ordförande
Flens kommun

Sune Åkerlind
Revisionens ordförande
Gnesta kommun

Mårten Grothéus
Revisionens ordförande
Katrineholms kommun

Anne-Marie Wigertz
Revisionens ordförande
Nyköpings kommun

Eva Asthage
Revisionens ordförande
Oxelösunds kommun

Jens Persson
Revisionens ordförande
Strängnäs kommun

Ann-Sofie Soleby-Eriksson
Revisionens ordförande
Trosa kommun

Sören Ericsson
Revisionens ordförande
Vingåkers kommun

Ankom: 2023-01-03 Ärendet: VON.2023.5 Handling: 478815
Penneo dokumenttryckeri: JX7NO-U8LHJ-DL4IH-YZBU-ZIL 11-MDOUO



MISSIV



Datum
2022-12-14

Dokumentnummer
RE-REV22-0051-1

Sändlista

Region Sörmland

Gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård
Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan
Jan Grönlund, regiondirektör
Magnus Johansson, t f hälso-och sjukvårdsdirektör
Titti Kendall, verksamhetschef länsgemensamt regional stöd
Anna Ormestad, divisionschef Division primärvård

Eskilstuna kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Oxelösunds kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Flens kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Strängnäs kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Gnesta kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Trosa kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Katrineholms kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Vingåkers kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Nyköpings kommun

Kommunfullmäktige
Kommunstyrelsen

Ankom: 2023-01-03 Ärende: VON.2023.5 Handling: 478815
Penneo dokumenttryckeri: JX7NO-U8LHJ-DL4IH-YZBU-ZIL11-MDOUO

PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering. Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

Nils Gustaf Wachtmeister

Revisor

Serienummer: 19460609xxxx

IP: 217.215.xxx.xxx

2022-12-19 17:43:01 UTC



Bo Mårten Grothérus

Revisor

Serienummer: 19690902xxxx

IP: 81.235.xxx.xxx

2022-12-19 18:36:21 UTC



Eva Elisabet Asthage

Revisor

Serienummer: 19470619xxxx

IP: 178.174.xxx.xxx

2022-12-19 18:40:07 UTC



Tommy Kvarsell

Revisor

Serienummer: 19521227xxxx

IP: 90.228.xxx.xxx

2022-12-20 08:37:37 UTC



SUNE ÅKERLINDH

Revisor

Serienummer: 19440119xxxx

IP: 212.181.xxx.xxx

2022-12-20 09:39:46 UTC



Sören Eriksson

Revisor

Serienummer: 19520410xxxx

IP: 81.235.xxx.xxx

2022-12-20 14:59:06 UTC



Ann-Sofie B L Soleby Eriksson

Revisor

Serienummer: 19640718xxxx

IP: 98.128.xxx.xxx

2022-12-20 15:05:03 UTC



Anne-Marie Wigertz

Revisor

Serienummer: 19480909xxxx

IP: 79.138.xxx.xxx

2022-12-20 15:05:40 UTC



Detta dokument är digitalt signerat genom Penneo.com. Den digitala signeringsdatan i dokumentet är säkrad och validerad genom det datogenererade hashvärdet hos det originella dokumentet. Dokumentet är låst och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. All kryptografisk information är innesluten i denna PDF, för framtida validering om så krävs.

Hur man verifierar originaliteten hos dokumentet

Detta dokument är skyddat genom ett Adobe CDS certifikat. När du öppnar

dokumentet i Adobe Reader bör du se att dokumentet är certifierat med **Penneo e-signature service** <penneo@penneo.com> Detta garanterar att dokumentets innehåll inte har ändrats.

Du kan verifiera den kryptografiska informationen i dokumentet genom att använda Penneos validator, som finns på <https://penneo.com/validate>

PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering. Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

JENS PERSSON

Revisor

Serienummer: 19670121xxxx

IP: 155.4.xxx.xxx

2022-12-20 15:46:00 UTC



MARINA ÖSTMARK

Revisor

Serienummer: 19440902xxxx

IP: 185.183.xxx.xxx

2022-12-21 08:51:05 UTC



Detta dokument är digitalt signerat genom Penneo.com. Den digitala signeringsdatan i dokumentet är säkrad och validerad genom det datogenererade hashvärdet hos det originella dokumentet. Dokumentet är låst och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. All kryptografisk information är innesluten i denna PDF, för framtida validering om så krävs.

Hur man verifierar originaliteten hos dokumentet

Detta dokument är skyddat genom ett Adobe CDS certifikat. När du öppnar

dokumentet i Adobe Reader bör du se att dokumentet är certifierat med **Penneo e-signature service** <penneo@penneo.com> Detta garanterar att dokumentets innehåll inte har ändrats.

Du kan verifiera den kryptografiska informationen i dokumentet genom att använda Penneos validator, som finns på <https://penneo.com/validate>

Granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

Utförd på uppdrag av revisorerna i Region Sörmland, Eskilstuna kommun,
Flens kommun, Gnesta kommun, Katrineholms kommun, Nyköpings kommun,
Oxelösunds kommun, Strängnäs kommun, Trosa kommun och Vingåkers
kommun.



Innehåll

1.	Sammanfattade slutsatser.....	2
1.1	Bakgrund.....	8
1.2	Syfte och revisionsfrågor.....	8
1.3	Ansvariga nämnder.....	8
1.4	Avgränsningar.....	9
1.5	Metod och genomförande.....	9
1.6	Bedömningsgrunder.....	9
2.	Styrmodell och incitament för samverkan.....	10
2.1	Sörmland etablerade tidigt former för trygg och effektiv utskrivning.....	10
2.2	Modellen för betalningsansvar främjar samverkan.....	11
2.3	Organisationen för att säkerställa god samverkan är komplex och omfattande.....	12
3.	Samverkan kring enskilda patientärenden.....	15
3.1	Steg 1: Inskrivning.....	16
3.2	Steg 2: Vårdtid.....	19
3.3	Steg 3: Utskrivningsklar.....	22
3.4	Steg 4: Hemgång.....	24
3.5	Steg 5: Uppföljning.....	27
4.	Uppföljning, förbättringsarbete och utveckling.....	29
4.1	Uppföljningen inom ansvariga nämnder och styrelser är begränsad.....	29
4.2	Statistiken tyder på att utskrivningsprocessen är effektiv.....	29
4.3	Arbete för att motverka undvikbara återinskrivningar är ett prioriterat område.....	31
4.4	Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser.....	32
5.	Svar på revisionsfrågorna.....	34
6.	Bilagor.....	41
	Dokumentförteckning.....	41
	Intervjuförteckning.....	43

1. Sammanfattade slutsatser

EY har på uppdrag av revisorerna i Region Sörmland, Eskilstuna kommun, Flens kommun, Gnesta kommun, Katrineholms kommun, Nyköpings kommun, Oxelösunds kommun, Strängnäs kommun, Trosa kommun samt Vingåkers kommun genomfört en granskning med syftet att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i kommunerna säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas.

I detta avsnitt framgår EY:s sammanfattade slutsatser och bedömningar. De förtroendevalda revisorerna i de medverkande kommunerna har med utgångspunkt i granskningen själva bedömt vilka rekommendationer de vill rikta till respektive granskad nämnd, med hänsyn till lokala förutsättningar och iakttagelser. Rekommendationerna till respektive nämnd som omfattats av granskningen i kommunerna samt regionstyrelsen framgår av revisorernas gemensamma missiv

Det finns en tydlig styrning och starka incitament för samverkan

Genom införandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS) har det tillkommit lagstadgade krav och tydligare former för hur regionen och kommunerna ska skapa en effektivt sammanhållen planeringskedja som bidrar till kortare väntetider i vården. Vår bedömning är att regionen och kommunerna har tecknat en överenskommelse som ger en tydlig roll- och ansvarsfördelning för styrning av det övergripande arbetet. Inga förändringar har skett i dessa avseenden under revisionsåret 2022.

På lokal nivå varierar formerna för styrning av arbetet med utskrivningsprocessen. I ett fåtal av de granskade kommunerna har specifika mål eller indikatorer beslutats av kommunfullmäktige eller ansvarig nämnd. Eftersom samverkan i hög grad är reglerad genom lag och överenskommelse bedömer vi inte att frånvaron av politisk styrning i övriga kommuner är anmärkningsvärd. Åtterrapporering till nämnd sker på förekommen anledning, vid större förändringar eller problem.

Av LUS framgår att region och kommuner gemensamt ska utarbeta kompletterande riktlinjer till lagstiftningen. Sådana riktlinjer har utarbetats av regionen och kommunerna i samverkan. Vi bedömer att dessa på ett rimligt sätt omsätter lagstadgade krav i en tydlig process på operativ nivå, men att vissa otydligheter har noterats på genomförandenivå. I flertalet kommuner har organisatoriska anpassningar skett på tjänstemannanivå sedan införandet av LUS.

Metodstödet genom Samverkanswebben bedöms vara otillräckligt. Vi rekommenderar därför regionstyrelsen och ansvariga nämnder att säkerställa eller efterfråga utbildningsinsatser och stödmaterial. Det som främst efterfrågas i intervjuer är checklistor eller processbeskrivningar riktade till specifika yrkesgrupper, samt utförligare vägledning i vanliga problemsituationer (exempelvis utskrivning efter kontorstid eller vid semesterperioder).

Det finns gemensamma rutiner men de efterlevs inte av parterna

Samverkan kring enskilda patientärenden regleras i den gemensamma riktlinjen för trygg och effektiv samverkan. Riktlinjerna beskriver hur regionens slutenvård och primärvård respektive kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvård ska agera i de olika aktiviteterna i utskrivningsprocessen. Samverkan sker, men vi noterar i granskningen att aktörernas följsamhet till riktlinjerna varierar, kommunikation hanteras genom andra kanaler än genom Prator och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Det finns många olika orsaker bakom detta och vår bedömning är att både region och kommuner kan vidta åtgärder för att bidra till en förbättrad utskrivningsprocess.

En central del i LUS är att samverkan i utskrivningsprocessen ska inledas redan vid inskrivning. För att underlätta bedömningen av hur utskrivningen ska göras beskrivs utskrivningsprocessen i tre olika färgkoder beroende på komplexitet: grön, gul och röd utskrivningsprocess. Av granskningen framgår

att aktörerna inte har samsyn kring vilken processfärg som ska tillämpas. Kommunerna beskriver att de har upplevt en ökad förskjutning där tidigare röda processer har blivit gula likväl som att gula processer nu bedöms som gröna. Detta utan förändring i bedömningen av patientens tillstånd och behov, vilket innebär att patienter kan ha omfattande behov av omvårdnad, sjukvård eller bostadsanpassning i en lägre processnivå. Kommunerna beskriver också en breddning av den gula processen vilken kan vara "allt ifrån ljusgul till orange". Det beskrivs också att val av process skiljer sig mellan sjukhus och mellan avdelningar trots likvärdiga behov hos patienten. Slutenvården delar bilden av att antalet röda processer totalt sett är färre för tillfället. Fördelningen har inte analyserats.

Vi ser en risk i att den detaljerade aktivitetsfördelningen i riktlinjen riskerar att medföra att de olika aktörerna huvudsakligen fokuserar på sin egen del av samverkan och att helhetsperspektivet utifrån patientens hela resa genom vårdkedjan åsidosätts. Beskrivningen av utskrivningsprocessens olika faser är utförlig men flödet av aktiviteter kopplade till utskrivningsprocessen är invecklade och tidsmässigt utdragna, vilket kräver både kunskap och kontinuitet bland medarbetarna. Vår bedömning är att respektive sjukhusledning behöver säkerställa att det finns interna rutiner i form av exempelvis checklistor som leder till att utskrivningsplanering initieras redan vid inskrivning för de patienter som är i behov av fortsatt stöd från regional primärvård, hemsjukvård eller socialtjänst efter utskrivning. En framgångsfaktor som lyfts fram både inom slutenvården och hos övriga aktörer är att sjukhusavdelningarna utser medarbetare med ett särskilt ansvar för att koordinera utskrivningsprocessen. Vid de granskade sjukhusen varierar det mellan olika verksamheter i vilken grad sådana funktioner tillämpas.

Enligt LUS ska en fast vårdkontakt utses av verksamhetschef inom vårdcentralen, när ett inskrivningsmeddelande mottagits och innan patienten skrivs ut. För denna roll tillämpas funktionen samordningssjuksköterska som i första hand arbetar med multisjuka och äldre. I granskningen noterar vi att samordningssjuksköterskan i hög grad fungerar som en administrativ samordnare utan rimliga förutsättningar att ta det helhetsansvar för patientens fortsatta sjukvård efter utskrivning som är lagens intention. Ambitionen kan i många fall vara att vid senare tillfälle utse en annan fast vårdkontakt i lagens mening. Vi bedömer att regionstyrelsen behöver tydliggöra vad uppdraget innebär och vilka förväntningar och förutsättningar som finns. Samtidigt bedömer vi det vara väsentligt att vårdcentralerna utarbetar lokala rutiner för hur och när en fast vårdkontakt bör utses, vilka uppgifter som ingår i uppdraget och vilken personal som kan ta på sig uppdraget. Om ambitionen är att tillämpa en initial samordnande kontakt för utskrivningen som sedan överlämnar till en fast vårdkontakt eller läkarkontakt bör detta beröras i riktlinjerna. Dessa utvecklingsområden är kritiska eftersom den fasta vårdkontakten spelar en avgörande roll för att patientperspektivet ska kunna säkerställas genom hela vårdkedjan.

Ett problem under vårdtiden och i samband med utskrivning är bristande informationsöverföring mellan aktörerna. I Prator saknas ofta nödvändig information, med konsekvensen att kommunernas medarbetare inom både myndighet, hemtjänst och hemsjukvård får ringa sjukhusen och söka kompletteringar över telefon. Samverkan blir mer personbunden och viktig informationsöverföring riskerar att gå förlorad. Det blir också en ökad belastning för sjukhusen att bemöta förfrågningarna.

Kunskapen om utskrivningsprocessen och om varandra behöver stärkas

En vanligt förekommande diskussion mellan kommun och sjukhus handlar om ifall en patient är färdigbehandlad eller inte. Konflikten bottenar ofta i en felaktig bild av tillgänglig kompetens och resurser inom den kommunala verksamheten, där utskrivande läkare av kommunerna upplevs ha orimligt höga förväntningar på vilken vård- och omsorg patienten kommer att få av kommunen. Intervjuade korttidsboendechefer beskriver att de förväntas ta emot mer sjuka personer än vad de har resurser att omhänderta sett till boendets personaltäthet och kompetensnivå. Därtill beskrivs att anhöriga från sjukhuset får en felaktig bild av vad korttidsboende innebär, om kommunernas möjlighet att erbjuda en korttidsplats samt av formerna för behovsprövning av dessa.

Flera läkare och sjuksköterskor belyser att patienter med rätta kan bedömas vara färdigbehandlade inom deras akut- eller specialistvårdsavdelning, men fortfarande ha ett stödbehov som överskrider vad som ges inom ramen för korttidsboende eller eget boende. Det framkommer frustration från

flera håll över otydliga, ineffektiva eller okända gränsdragningar mellan korttidsboende som uppfattad vårdinstans, kommunal hemsjukvård och specialistvård som exempelvis SSIH, där palliativa patienter lyfts fram som särskilt utsatta. Flera intervjuade lyfter fram att en översyn av arbetet med mobila specialistteam och jourteam skulle kunna vara en möjlig väg framåt. Det framkommer även att det finns en upplevd brist på rehabiliteringsplatser i regionens regi för vissa patientgrupper. Läkare belyser att många patienter återinläggs av icke-medicinska skäl, exempelvis att det saknas sjukvårdsrelaterat förbrukningsmaterial i hemmet när hemtjänsten ska utföra insatser; samtidigt som hemtjänsten belyser att rätt förbrukningsmaterial ofta saknas när patienten skrivs ut från sjukhus.

Ovan beskrivna konfliktytor är exempel på bristande kunskap och förståelse för varandras organisatoriska förutsättningar och arbete utefter skilda lagstiftningar. För att de gemensamma rutinerna i högre utsträckning ska efterlevas av samtliga aktörer ser vi i ett behov av att stärka kunskapen om utskrivningsprocessen, varandras organisatoriska förutsättningar samt skilda lagstiftningar.

Utskrivningsprocessen går fort och mycket behöver hända på slutet

Av samtal med biståndshandläggare och hemtjänsten framgår att sjukhusen tar kontakt med hemtjänsten för överenskommelse om lämplig tid för hemgång innan kommunens biståndsenhet har meddelat att kommunen är klara med sin planering. De intervjuade upplever också att det är vanligt förekommande att patienter skrivs ut med kort varsel på fredag eftermiddag, inför storhelger, inför semestertider, kvällstid när rehab inte är tillgängliga, när det är minst antal vårdplatser på sjukhuset och störst personalbrist inom hemtjänsten. Vår sammanställning över registrerade utskrivningsklar-datum i Prator tyder dock på att fördelningen över veckodagar är jämnt fördelad. Upplevelsen av den ökade belastningen på obekväma tider bör ändå tas på allvar. Om informationen i Prator har varit bristfällig har kommunen inte tillräcklig kännedom om patientens behov och förutsättningar. Om information ändras eller tillkommer sent är det inte säkert att de funktioner som bevakar Prator hinner upptäcka och vidareförmedla uppgifter. Enligt riktlinjen ska nytillkommen information på kvällar och helger alltid meddelas via telefon för att säkerställa att informationen når fram, vilket enligt intervjuade inte alltid sker. Därtill kan det enligt processflödet vara en grön patient, men som kommunerna bedömer vara en patient med stor komplexitet eller i behov av omfattade insatser, vilket kräver planering och erfaren personal. Hemtjänsten beskriver att de i nästan samtliga fall anpassar sig och hanterar oplanerade och sena utskrivningar men att det tar mycket tid och resurser i anspråk. I enstaka fall leder det till undvikbara återinskrivningar. Det beskrivs vara ett stort bekymmer och skapar negativa följder för såväl patientens välmående som för samverkan.

Enligt den läns-gemensamma riktlinjen är 'kommunklar' ett meddelande som kommunen ska skicka för att informera slutenvård och öppenvård om när kommunens åtagande tidigast kan verkställas. Ibland brister kommunikationen och biståndshandläggaren markerar patienten som kommunklar utan att hemsjukvården är redo. Det är biståndshandläggarna som hanterar kommunikationen via Prator och är de som förmedlar när kommunen är kommunklar. Biståndshandläggarna arbetar utifrån socialtjänstlagen, men markeringen kommunklar ska även omfatta hemsjukvården som får sitt uppdrag från läkare enligt hälso- och sjukvårdslagen samt rehab som arbetar utefter samma lagstiftning. En vanligt förekommande situation är att hemsjukvård eller rehab inte har hunnit säkerställa att patienten kan komma hem. Problemet skulle sannolikt kunna undvikas om fler enheter, utöver biståndshandläggarna, hade tillgång till Prator eller att kommunklar markeras separat för SoL och HSL-insatser. Flera av kommunerna har arbetat för att stärka upp sina rutiner kring detta under 2022. Vidare kritiserar sjukhusen för att inte särskilja begreppen utskrivningsklar, hemgångsklar och kommunklar. Intervjuade inom kommunerna beskriver att det förekommer situationer där sjukhusen skickar hem en patient så fort han eller hon är markerad som utskrivningsklar i Prator, utan att invänta kommunklar.

Merparten av de intervjuade förmedlar en bild av att utskrivningsprocessen i deras uppfattning går för fort och att utskrivningen i många fall hade blivit bättre om patienten vårdades på sjukhus en dag till. Våra iakttagelser i granskningen tyder dock på att det finns moment att utveckla som inte beror på tidsbrist. Genom att initiera en större del av planeringen tidigare under vårdtiden, forma en mer

välfungerande intern och extern kommunikation mellan aktörerna och säkra kunskap och förståelse för varandras organisation är vår uppfattning att en till dag på sjukhus inte är nödvändig.

Parternas fortsatta stöd samordnas utan patientens delaktighet

En central del i arbetet med att säkerställa en trygg hemgång med vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet är genomförandet av samordnad individuell planering (SIP) där patienten eller närstående ska ges möjlighet att delta. Vår bedömning är att lagens intentioner avseende SIP inte har uppfyllts. Det saknas dokumentation över hur ofta SIP sker, men av intervju framkommer att SIP endast sker i en liten del av de fall där patienten har ett fortsatt behov av stöd.

Av den läns gemensamma rutinen framgår att ansvaret för att kalla till SIP skiljer sig beroende på processfärg. Vid röd och gul process ska sjukhuset initiera SIP; vid uppföljning av gul process är vårdcentralen huvudansvarig och vid grön process ligger ansvaret på både kommun och vårdcentral. Samtliga har alltid möjlighet att påkalla behovet. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor lyfter att SIP inte alltid initieras i tid av sjukhusen ens vid komplicerade fall, exempelvis patienter med trakeostomi där det enligt separat överenskommelse alltid ska ske en riskbedömning och SIP. Genom att säkerställa att SIP sker i större omfattning kan regionen på ett strukturerat sätt förvissa sig om att patienten och närstående kan vara delaktiga i utformningen av utskrivningen och den efterföljande vården.

Av intervjuer framkommer en samstämmig bild från kommuner och sjukhus om att vårdcentralerna uteblir eller tar en passiv roll vid SIP-möten. Intervjuade från vårdcentralerna känner igen beskrivningen och upplever sig inte ha en nödvändig roll i dessa SIP-möten. Vi noterar dock att vårdcentralerna är delaktiga i utskrivningsprocessen på andra sätt än att medverka vid SIP. Uppföljningsansvaret att ringa en utskriven patient inom sju dagar är ett viktigt exempel.

Enligt riktlinjen ska en trygg och säker utskrivning från slutenvård byggas på delaktighet och samtycke från patienten. En konsekvens av att planeringen mellan parterna huvudsakligen sker genom Prator och telefon är att patienten inte är delaktig och inte heller har mer insyn än vad som förmedlas av behandlande läkare eller annan vårdpersonal på sjukhuset. Den fasta vårdkontakten i form av samordningssjuksköterska på vårdcentralerna tar inte kontakt med patienten förrän efter hemgång. Kommunikationen med patienten förefaller därtill vara i otakt mellan parterna. Flera av de intervjuade biståndshandläggarna beskriver att de ibland kontaktar patienter som ännu inte har informerats av sin läkare om förestående utskrivning, och som blir illa berörda av beskedet. Intervjuade läkare beskriver i gengäld att de ofta mottar frågor från både patienter och anhöriga om vad som kommer att hända efter utskrivningen, där osäkerhet kring fortsatt kommunalt stöd skapar stor oro hos patienten dagarna före hemgång.

Rätt stöd finns inte alltid på plats vid hemgång

I samband med utskrivning och hemgång finns det flera komplicerande faktorer som försvårar samverkan. Att sjukhusens preliminära utskrivningsdatum förändras med kort varsel skapar problem i planeringen för både kommuner och regionens primärvård. I många fall finns det medicinska skäl till snabba förändringar och detta behöver alla parter ha förståelse för. Samtidigt bedömer vi att respektive sjukhusledning kan underlätta processen genom att säkra rutiner där de preliminära utskrivningsdatumen omprövas löpande och med så lång framförhållning som möjligt.

En kritisk del i utskrivningsprocessen är att nödvändiga hjälpmedel finns på plats när patienten skrivs ut. Det kan exempelvis handla om hjälpmedel och medicinskteknisk utrustning för att klara förflyttning, toalettbesök och nutrition. Det finns logistiska utmaningar kring förskrivning av hjälpmedel till ineliggande patienter. Det kan krävas hembesök för att kunna planera eller bedöma behovet av anpassningar och hjälpmedel, vilket inte alltid är möjligt när patienten är ineliggande. Efter utskrivning är patienten inte alltid tillgänglig för att ta emot leverans eller kan vara fysiskt förhindrad att öppna dörren vilket kräver samordning med anhöriga, hemtjänst eller primärvård. Intervjuade enhetschefer inom hemtjänst beskriver att hembesök sker mycket sällan och att hemtjänstens kunskap om förutsättningarna i hemmet sällan efterfrågas. Därutöver beskriver

sjukhusen att det inom den regionala rehabiliteringsverksamheten finns bemanningsproblem då det inom många avdelningar inte finns sjukgymnaster eller arbetsterapeuter. Patienter som skrivs ut utan hjälpmedel eller med fel hjälpmedel återinskrivs i enstaka fall direkt efter utskrivning eftersom den enskilde inte har möjlighet att klara sig i hemmet utan erforderliga hjälpmedel. När kommunens rehab tar vid upplever många intervjuade att de hjälpmedel som sjukhuset har förskrivit inte finns eller är fel. Exempelvis vittnar flera kommuner om att de har ett "hemligt lager" med inkontinenthjälpmedel då sjukhuset inte har förskrivit några alls eller inte tillräckligt många. Detta är inte tillåtet eftersom inkontinenthjälpmedel ska förskrivas individuellt. Därtill vittnar representanter från kommunerna om att sjukhusets läkemedelslistor ofta är ofullständiga eller felaktiga. Ibland anländer utskrivna patienter till boendet eller hemmet utan att någon medicinlista har förmedlats, vilket leder till ytterligare behov av att eftersöka information.

Mer kan göras för att minska undvikbara återinskrivningar

Av den länsgemensamma överenskommelsen framgår att parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutenvård. Genom god och säker läkemedelsbehandling och bedömning av hälsotillståndet hos individer i hemmet enligt systematisk bedömningsstruktur kan inskrivning i slutenvård undvikas. Parterna ska arbeta strukturerat med det vårdpreventiva arbetet men det är inte klarlagt vad ett gemensamt arbete ska leda till. Vi noterar att vissa övergripande aktiviteter pågår kring exempelvis fallprevention.

Beredningsgruppen äldre sammanställer årligen en presentation till Länsstyrgruppen där bland annat analys av återinläggningar i respektive geografisk arbetsgrupp framgår. I sammanställningen finns ingen statistik över antalet eller andelen återinskrivningar inom 30 dagar av äldre patienter som skrivs ut. Det finns heller ingen politiskt beslutad målsättning om andelen återinskrivningar. Under Coronapandemin gavs mindre tid till uppföljningar pga. omprioriteringar av arbetsuppgifter. 2022 års uppföljning presenteras för Länsstyrgruppen i december.

Arbetet med att motverka undvikbara återinskrivningar i första hand är en del i det ordinarie kvalitetsarbetet. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att därmed säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja, lyfts av många fram som en central insats. Flera representanter från SÄBO och hemtjänst framhåller också insatser såsom fallprevention och samarbete med regionen för att nå ut med information till ineliggande patienter och anhöriga om vilka hjälpinsatser som finns att tillgå efter utskrivning. I intervjuer framkommer också att *trygg hemgång* används som metod i flertalet kommuner för att bland annat undvika återinskrivningar. Inom kommunerna utgörs trygg hemgång oftast av ett sammanhållet team som tar ett helhetsansvar för den enskilde och ger förstärkta insatser under högst två veckor. Eftersom insatsen är personalintensiv och svår att få jämn beläggning i har dock flera kommuner valt att avveckla trygg hemgång-verksamheten trots att den upplevts positiv ur patientperspektiv.

Vi rekommenderar att regionstyrelsen bör överväga att anta en målsättning om att minska andelen återinläggningar inom slutenvården som orsakas på grund av brister i samordning och planering. Vi bedömer också att kommunerna på individnivå bör följa upp återinläggningar av patienter som nyligen kommit hem från slutenvården, för att säkerställa att de kommunala insatserna i samband med hemgång har utförts ändamålsenligt för att säkra en trygg hemgång. Därtill bedömer vi att regionstyrelsen bör överväga att göra en samlad uppföljning och utvärdering av de lokala initiativ som har tagits för att motverka undvikbara återinskrivningar, i syfte att identifiera framgångsexempel.

Uppföljningen är fokuserad på kvantitativa data och betalningsansvar

Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följa särskild plan. I övrigt finns inga krav på uppföljning av effektmål eller dylikt. Det har inte tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen övergripande utvärdering är planerad. Den länsövergripande riktlinjen följs upp regelbundet. Riktlinjerna reviderades senast 2020. En mer omfattande översyn av riktlinjerna pågår vid tidpunkten för denna granskning och ska slutföras under våren 2023.

Regionen sammanställer och förmedlar statistikuppgifter kopplade till LUS och har en central roll i att möjliggöra för både de egna verksamheterna och kommunerna att löpande följa sina resultat. Förvaltningen följer själva upp resultaten månadsvis och gör jämförelser mellan olika kommuner och mellan olika tidsperioder. Fokus i uppföljningen ligger på statistik relaterad till betalningsansvaret och till beläggning av vårdplatser. De granskade nämnderna tar i regel inte del av dessa uppgifter. Åtterrapporering till nämnd sker på förekommen anledning, vid större förändringar eller problem. Trygghet följs upp genom uppföljande samtal med patienten men har inte sammanställts på aggregerad nivå specifikt för utskrivningsprocessen.

Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser

Det saknas direktiv kring hantering av eventuella avsteg eller avvikelser från parternas åtaganden i den länsgemensamma överenskommelsen och riktlinjen. Avvikelser som är avgränsade till enskilda patientfall rapporteras i regel direkt mellan de berörda enheterna. Det saknas ett gemensamt system för att rapportera avvikelser. Detta innebär att det inte går att få en samlad bild över inrapporterade avvikelser varken sett till antal eller innehåll. Kommunerna upplever att sjukhusen svarar på få avvikelser, och att svaren i förekommande fall är ofullständiga och sker efter lång tid. Konsekvensen blir att tröskeln för att rapportera är hög och att det sannolikt finns ett stort mörkertal av ej rapporterade avvikelser. Rutinerna ser olika ut mellan de granskade verksamheterna men i regel hanteras avvikelserrapporterna i den aktuella situationen av berörda medarbetare, utskrivningssamordnare eller ansvarig enhetschef, och på sammanställd nivå eller av MAS, MAR, eller utskrivningsledare i lokala samverkansforum. Förekomsten och strukturen för sådana forum skiljer mellan kommunerna och vissa har en nära dialog med sjukhus och vårdcentral, andra inte. I länet finns ett nätverk där samtliga kommuners medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ingår. Nätverken är generella forum för erfarenhetsutbyte men frågor som rör samverkan och patientsäkerhetsarbete är frekvent förekommande. I forumet lyfts särskilda exempel för diskussion, positiva och negativa, inte en komplett översyn av avvikelser.

Mot bakgrund av de redogörelser och exempel vi tagit del av i granskningens intervjuer är vår bedömning att antalet inkommande avvikelserrapporter med anledning av brister i samverkan vid utskrivning enbart utgör ett fåtal av de avvikelser som sker. Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserrapportering inom såväl Region Sörmland som inom kommunerna. Förväntningar om åtterrapporering av vidtagna åtgärder vid mottagna avvikelser bör stärkas, då det finns en utbredd bild av att bristen på återkoppling har lett till att kommunerna rapporterar mindre.

Stockholm den 14 december 2022

Nina Högberg
Certifierad kommunrevisor

Josefine Algotsson
Verksamhetsrevisor

David Leinsköld
Verksamhetsrevisor

Anders Hellqvist
Certifierad kommunrevisor

1.1 Bakgrund

Den 1 januari 2018 trädde Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård av utskrivningsklara patienter (LUS) i kraft. Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från slutenvården så snart som möjligt efter det att den behandlade läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Ovanstående ska uppnås genom samverkan mellan de två huvudmännen regionen och kommunen.

Regionstyrelsen i Sörmland har vårdgivaransvar och socialnämnderna eller vård- och omsorgsnämnderna i länets samtliga kommuner har ansvar för den sociala omsorgen för brukare över 65 år. För samverkan mellan region och kommun finns nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV). Nämnden har i uppdrag att följa upp och föreslå samverkansmöjligheter mellan regionen och kommunerna. Samverkansavtalet är beslutad av NSV.

1.2 Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att ge underlag för att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i respektive kommun säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas. Syftet uppnås genom att besvara följande revisionsfrågor:

- ▶ Är den beslutade "Överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård" ändamålsenlig?
- ▶ Är de beslutade riktlinjerna "Trygg hemgång och effektiv samverkan - riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland" ändamålsenliga?
- ▶ Är roller och ansvarsfördelning tydliga vad gäller samverkan mellan slutenvård, primärvård respektive social omsorg?
- ▶ Säkerställer regionen och kommunerna att slutenvård, primärvård respektive social omsorg tar sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?
- ▶ Säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?
- ▶ Finns mål för samverkan i utskrivningsprocessen på individnivå och övergripande nivå?
- ▶ Säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och respektive kommuns behov?
- ▶ Har regionen säkerställt att fasta vårdkontakter har de förutsättningar som krävs för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt patientlagen?
- ▶ Tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?
- ▶ Säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?

1.3 Ansvariga nämnder

Granskningen omfattar följande delar av organisationen inom Region Sörmland och samtliga kommuner i Södermanlands län:

Region/kommun	Ansvarsprövad nämnd/bolag
Region Sörmland	Regionstyrelsen
Eskilstuna kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Flens kommun	Socialnämnden
Gnesta kommun	Socialnämnden

Katrineholms kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Nyköpings kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Oxelösunds kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Strängnäs kommun	Socialnämnden
Trosa kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Vingåkers kommun	Socialnämnden

1.4 Avgränsningar

Granskningen har avgränsats till samverkan mellan den somatiska slutenvården, primärvården och den sociala omsorgen inom kommunen. Granskningen har avgränsats till att beröra patienter/brukare över 65 år.

1.5 Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier (se bilaga). EY följer SKYREVs riktlinjer avseende planering, rapportskrivning och avrapportering. Intervjuade har haft möjlighet att faktagranska samt ge synpunkter på rapportutkastet. Utförd oktober 2022 - december 2022.

1.6 Bedömningsgrunder

Denna granskning har sin primära utgångspunkt i *Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård av utskrivningsklara patienter (LUS)*. Den bedömningsgrund som bildar underlag för granskningen hämtats från lagar, överenskommelser, policyer och styrdokument. Nedanstående bestämmelser utgör bedömningsgrund mot vilka olika slutsatser och bedömningar kommer att ställas. Innehållet i bedömningsgrunderna redogörs för löpande i rapporten.

- ▶ Lag (2017: 612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, i sin helhet.
- ▶ Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) 2 kap. 7 §
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) 16 kap. 4 §
- ▶ Region- och kommunfullmäktiges mål och budget för 2022 för respektive kommun

2. Styrmodell och incitament för samverkan

När personer har behov av vård och omsorg från flera olika vårdgivare ställs stora krav på planering och samverkan. Att vårdens aktörer har säkerställt välfungerande samverkansstrukturer är en grundförutsättning, men en trygg vårdkedja kräver även att planeringen utgår från den enskilde patientens behov och önskemål. Därför behöver patienten/brukaren och närstående involveras tidigt och strukturerat i arbetet för att utskrivningskedjan ska bygga på trygghet, kontinuitet och säkerhet.

2.1 Sörmland etablerade tidigt former för trygg och effektiv utskrivning

Region Sörmland och länets kommuner har ingått en överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning. Syftet med överenskommelsen är att åstadkomma en god vård på rätt vårdnivå, där ledtiderna är så korta som möjligt vid utskrivning från slutenvård till fortsatt öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vår bedömning är att överenskommelsen är ändamålsenlig och säkerställer att lagstiftningen omsätts i lokala mål med tydlig ansvarsfördelning. Vi noterar dock att uppföljning enligt överenskommelsen ska följa särskild plan men sådan plan saknas.

Bakgrund till överenskommelsen är att regeringen 2014 beslutade om en översyn av den dåvarande lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Det fanns ett behov av att minska den tid som utskrivningsklara patienter vistades i slutenvården i onödan på grund av långa ledtider mellan slutenvården och vård och omsorg i hemmet eller i särskilt boende. En viktig utgångspunkt med utredningen var att förbättra formerna för samverkan mellan huvudmännen.¹ När betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*² presenterades agerade NSV i Sörmland proaktivt och initierade ett arbete med att skapa gemensamma arbetssätt i linje med lagförslaget. När *Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård*³ beslutades av riksdagen³ och trädde i kraft 1 januari 2018 hade Region Sörmland och länets kommuner redan under ett års tid gradvis anpassat sina verksamheter till den nya lagen.

I överenskommelsen finns två övergripande mål:

Genom ett tillitsfullt samarbete med individens bästa i fokus:

- ▶ känner sig sörmlänningen trygg och självständig efter slutenvård
- ▶ är vård- och omsorgsprocessen i Sörmland effektiv

Överenskommelsen definierar det specifika ansvar som kommunerna och regionen har i detta samarbete:

¹ Dir 2014:27 Kommittédirektiv *Betalningsansvarslagen*

² SOU 2015:20

³ Prop. 2016/17:106

Kommunens ansvar	Regionens ansvar	Gemensamt ansvar
<ul style="list-style-type: none"> Kommunens ansvar är att patienten kan lämna sjukhuset när den bedöms vara utskrivningsklar samt medverka i SIP när regionen bedömer att det krävs för utskrivning. 	<ul style="list-style-type: none"> Regionens slutenvård har ansvar att underrätta kommunen/berörda öppenvårdsenheter inom 24 timmar efter inskrivning, bedöma om patienten är utskrivningsklar samt delta i SIP om öppenvården kallar. Regionens öppenvård ansvarar för att utse fast vårdkontakt senast tre dagar efter underrättelse om att en patient är utskrivningsklar, innan personen skrivs ut från den slutna vården. Den utsedda fasta vårdkontakten ska kalla till SIP senast tre dagar efter att en underrättelse mottagits om att patienten är utskrivningsklar. 	<ul style="list-style-type: none"> Parterna ska tillhandahålla resurser och informationsöverföringssystem för att individen ska komma hem på ett tryggt sätt efter slutenvårdsvistelsen. Samordnad individuell planering (SIP) ska i huvudsak utföras i hemmet men i särskilda fall ska samtliga parter kunna kalla till en SIP under sjukhusvistelsen. Parterna har ett gemensamt ansvar att tillräckliga resurser ges till hjälpmedelprocessen för att utskrivningen från slutenvård ska kunna ske tryggt och effektivt. Alla berörda parter har ansvar för att medverka i att en SIP upprättas och följs.

Överenskommelsen reglerar även kommunernas betalningsansvar (se nedan) samt hur eventuella tvister skall lösas. Tvister och samarbetsproblem löses i första hand på lokal chefsnivå. Om problemet inte kan lösas där lyfts frågan till länsstyrgruppen. Kan länsstyrgruppen inte lösa frågan diskuteras frågan vidare i nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV). Vid tvist som inte kan lösas enligt ovan får frågan lyftas till domstol.

Länsstyrgruppen för nära vård fastställde i december 2016 riktlinjer för att reglera processen kring tryggt och effektiv utskrivning och för att ge stöd i det dagliga arbetet. Riktlinjerna beskriver hur samtliga aktörer ska agera under respektive steg i utskrivningsprocessen. Innehållet i riktlinjerna återges i kapitel 3. Riktlinjerna reviderades senast 2020. En mer omfattande översyn av riktlinjerna pågår vid tidpunkten för denna granskning och ska slutföras under våren 2023.

Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följa särskild plan. I övrigt finns inga krav på uppföljning av effektmål eller dylikt. Vi noterar att det inte har tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen övergripande utvärdering är planerad.

2.2 Modellen för betalningsansvar främjar samverkan

Enligt LUS ska kommunen ersätta den region som en patient vårdas inom efter att patienten bedömts utskrivningsklar.⁴ Kommunerna kan debiteras med 9300 kronor per dygn 2022, enligt årlig beräkning av genomsnittskostnad från Socialstyrelsen (HSLF-FS 2021:83). Hittills har ingen kommun blivit betalningsansvarig. Vår bedömning är att modellen premierar arbetet med att korta ledtiderna på övergripande nivå istället för att rikta fokus på enstaka långliggande patienter.

Den betalningsmodell som har utarbetats i den regionala överenskommelsen skiljer sig avsiktligt från lagstiftningens grundmodell, vilken är dispositiv och får ändras genom lokala överenskommelser. Från att räknas per ineliggande patient tillämpas i Sörmland en genomsnittmodell där kommunen blir betalningsskyldig om det genomsnittliga antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar överskrider tre kalenderdagar⁵ under tre månader i följd. Representanter från varje kommun och regionen ska enligt överenskommelsen månatligen kontrollera följsamhet. Om det genomsnittliga antalet dagar i slutenvården överstiger tre dagar ska en gemensam analys och lämpliga åtgärder

⁴ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, 5 kap.

⁵ Beräknas enligt följande: Totala antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar divideras med totalt antal utskrivningsklara personer.

genomföras. Om problemet kvarstår månad tre ska kommunen ersätta regionen på individnivå från och med månad fyra.

Det genomsnittliga antalet dagar per månad har varierat mellan 0,29-1,04. Samlat genomsnitt var 0,5 dagar under hela perioden 2019-2021, långt från betalningsansvarets gräns på 3 dagar.

2.3 Organisationen för att säkerställa god samverkan är komplex och omfattande

Den regionala överenskommelsens parter är Region Sörmland och kommunerna i Södermanlands län. Regionstyrelsen ansvarar för att vården bedrivs i enlighet med överenskommelsen. Den gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) har i uppdrag att följa upp och föreslå utveckling av samverkansmöjligheter mellan regionen och länets kommuner. Utveckling och uppföljning av samverkan sker både i vårdlinjeorganisationen och i den regionala samverkansstrukturen. Vår bedömning är att det är tydligt hur det formella ansvaret är fördelat. Vi noterar dock att många tjänstepersoner ingår i flera olika samverkansforum med överlappande agendor vilket riskerar att skapa en upplevd otydlighet.

2.3.1 Riktlinjer och utvecklingsarbete formas i den regionala samverkansstrukturen

Inom NSV:s ansvarsområde finns Sörmlands läns gemensamma regionala stöd inom socialtjänst och vård. I det ingår närvårdsstrukturen där den läns gemensamma styrgruppen för närvård (länsstyrgruppen) utgör beredningsgrupp till NSV. Länsstyrgruppen består av representanter från länets nio kommunerna, regionen och FoU i Sörmland. Inom länsstyrgruppen har det fastställts riktlinjer som i detalj reglerar arbetet med trygghet och effektiv utskrivning.

Länsstyrgruppen har i sin tur utsett ett antal beredningsgrupper med olika fokusområden, bland annat en beredningsgrupp som arbetar med att utveckla samverkan kring målgruppen äldre. Beredningsgruppen har i sin tur utsett tre geografiskt indelade arbetsgrupper.



Figur 1: Den regionala samverkansstrukturen.

Det är inom dessa arbets-, berednings- och styrgrupper som de nu gällande riktlinjerna har utarbetats. Här sker också merparten av alla diskussioner kring resultat, brister och utveckling.

För att samordna verksamheterna på det lokala planet och bidra till att skapa nätverk mellan kommunerna, vårdcentralerna och sjukhusen finns tre närvårdscoordinatorer, en för respektive länsdel. Ansvar är främst att främja en gemensam utveckling av närvård i länet genom att skapa mötesarenor och utveckla dialogen. Arbetet sker genom att leda och stödja nödvändiga samverkans- och förändringsprocesser på lokal nivå inom lednings- och arbetsgrupper för närvården samt genom att delta i länsövergripande närvårdsutveckling. Närvårdscoordinatorn är en gemensam resurs för hälso- och sjukvårdsförvaltningen och arbetar på uppdrag av regionens hälso- och sjukvårdsledning.

Därutöver finns i varierande omfattning lokala samverkansstrukturer mellan regionen och enskilda kommuner, se respektive kommuns tabell i kapitel 5. Utbyte sker också i professionsnätverk för exempelvis socialchef och MAS. Intervjuade lyfter också fram deltagande i utbildningar, seminarier eller forskningsprojekt hos Forskning och utveckling i Sörmland (FoUIS) kring bland annat brukarinflytande, kompetensförsörjning, Nära vård i Sörmland samt kring SIP.

I intervju lyfts att samverkan mellan regionen och kommunerna är bra, men att det är tids- och resurskrävande samt att samverkan mellan kommunerna i länet är ett förbättringsområde. Mer specifikt framhålls att det finns många former för samverkan i de olika länsdelarna, men inte samma erfarenhetsutbyte mellan länsdelarna.

2.3.2 Regionstyrelsen säkerställer att vårdorganisationen bidrar till en trygg utskrivning

Regionstyrelsen är enligt reglemente hälso- och sjukvårdsnämnd, förutom för primärvård och rättspsykiatri, och utöver därmed den övergripande planeringen av hälso- och sjukvård samt habilitering och de har även vårdgivaransvar. Regionstyrelsen har fastställt regler för bedrivande av primärvård som säkerställer att verksamhet i såväl egen regi som privat regi bidrar till en trygg och effektiv utskrivning. Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan har vårdgivaransvar för drift och utförande av primärvård i egen regi inom ramen för vårdvalssystemet.

Genom Hälsoval Sörmland har medborgarna möjlighet att fritt välja vårdcentral inom länet. Både offentliga och privata vårdgivare måste leva upp till det grundåtagandet i inriktningsdokument för primärvården.⁶ Godkännandet förutsätter att vårdcentralen åtar sig det uppdrag som är formulerat i "Regelbok för bedrivande av primärvård i Region Sörmland"⁷. I regelboken ställs krav på samverkan och vårdplanering. Reglerna säger bland annat att alla vårdgivare ska samverka med övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet och andra aktörer för att säkerställa kompetens, kvalitet och kontinuitet i vårdkedjorna. Vårdprogram och lokala överenskommelser mellan primärvård, sjukhuskliniker och de kommunala vårdgivarna ska följas, däribland överenskommelsen om trygg och effektiv utskrivning.

Alla vårdgivare ska ingå i den struktur för närvårdssamverkan som finns på lokal nivå så väl som länsnivå. Vid behov ska vårdgivaren också kunna vara representant för primärvården i länsgemensamma arbetsgrupper.

2.3.3 I enstaka kommuner har det tagits politiska beslut om samverkan – men alla förvaltningar har behövt anpassa sig

I länets kommuner förekommer det endast i enstaka fall (Eskilstuna och Nyköping) att ansvariga nämnder har beslutat om mål eller uppdrag med direkt bäring på utskrivningsprocessen. I övriga kommuner saknas politisk styrning, alternativt förekommer det endast som liten del i beskrivande texter av övergripande mål.

För kommunen varierar förekomsten av lokala och verksamhetsnära rutiner. Flertalet kommuner har inte upprättat lokala rutiner med hänvisning till att den länsgemensamma är tillräckligt utförlig. I de

⁶ Beslutat av regionfullmäktige den 21 april 2020 § 62/20.

⁷ *Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2022* (RS-LED21-2443).

fall lokala rutiner har upprättats rör det sig om verksamhetsnära rutiner som behandlar ett specifikt steg i utskrivningsprocessen, exempelvis beställningar från biståndsenhet till hemtjänst.

I samband med införandet av LUS och den gemensamma riktlinjen har kommunerna i sin tur sett över avtalen med externa utförare av omsorgstjänster. Bland länets kommuner finns en stor variation i sammansättningen av verksamhet i egen regi och privata utförare i upphandlade system/valfrietssystem. Intervjuade uppger att det framförallt är inom vårdvalssystem för hemtjänst som anpassningar har behövt ske, i första hand avseende inställetider för att verkställa insatser för utskrivningsklara patienter. I respektive granskad kommuns förfrågningsunderlag för LOV inom hemtjänst förekommer det en variation i vilken grad kommunerna uttryckligen kräver att samverkan med regionens verksamheter tillämpas i efterföljande led (se bilaga för respektive kommun). Den gemensamma rutinen för samverkan vid utskrivning innehåller aktiviteter som kräver direkt kommunikation mellan slutenvård och utförare av hemtjänst.

För kommunerna har implementeringen av LUS och riktlinjen för samverkan inneburit ökad administration och i vissa fall behov av nya arbetssätt. Förändringen har enligt uppgift från intervjuade hanterats genom omfördelning av befintliga resurser. Att omorganisera eller förstärka myndighetsenheterna för att hantera snabbare utskrivningar är vanliga åtgärder. Vissa kommuner har exempelvis specialiserade biståndshandläggare som enbart jobbar med utskrivningar.

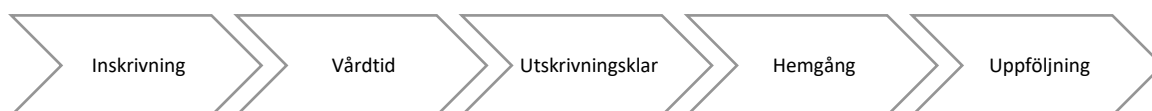
I flera kommuner har det också utarbetats särskilda arbetssätt för att stödja personer med omfattande eller komplexa behov vid utskrivning, under namnen *Trygg hemgång*, *Tryggt mottagande*, *Hemgångsteam* eller motsvarande. Upplägget varierar men i regel handlar det om förstärkt hemtjänst utförd av en särskilt utsedd personalgrupp som under en begränsad tid (vanligen högst två veckor) säkerställer en välfungerande hemgång innan ordinarie insatser och personal tar över. Vi noterar att flera kommuner i länet också beskriver att de tidigare har haft motsvarande arbetssätt men nu har avvecklat dessa. Orsaken uppges vara att det tog för mycket resurser i anspråk och att det i perioder visade sig vara ineffektivt sett till det ojämna patientflödet. De intervjuade är dock eniga om att det ur ett patientperspektiv var bra lösningar.

3. Samverkan kring enskilda patientärenden

För att säkerställa tillämpningen av LUS har gemensamma riktlinjer för trygg hemgång och effektiv samverkan utformats. De gemensamma riktlinjerna beskriver hur aktörerna ska agera i de olika aktiviteterna i utskrivningsprocessen. För att underlätta bedömningen av hur utskrivningen ska göras beskrivs processen i tre olika steg beroende på komplexitet: grön, gul och röd utskrivningsprocess.

Grön process	Gul process	Röd process
<ul style="list-style-type: none">• Patient som är känd i kommunen och som skrivs ut från sjukhuset med samma eller likartade insatser som före sjukhusvistelsen.• Patient som inte är känd i kommunen, och som är i behov av enklare medicinska åtgärder samma eller nästkommande dag.• Patient som inte är känd i kommunen och som har mindre nytillkomna insatser tex larm, och som inte behöver startas upp samma dag som hemgång.	<ul style="list-style-type: none">• Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser som ska startas upp samma dag som hemgång.• Om patienten bedöms kunna planeras ut enligt gul process ska patienten vanligtvis gå hem samma dag som den är utskrivningsklar	<ul style="list-style-type: none">• Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser med stor komplexitet eller behov av mycket omfattande insatser• Om patienten bedöms kunna planeras ut enligt röd process ska patienten vanligtvis kunna gå hem tidigast dagen efter att SIP upprättas.

Oavsett bedömd processfärg delas processernas aktiviteter efter inskrivning in i följande faser:



Figur 2: Processens faser från inskrivning till uppföljning enligt riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan.

Riktlinjerna innehåller också vägledning till proaktivt arbete i hemmet, samt riktlinjer kring patienter som uppsöker akutmottagningen men inte behöver skrivas in i slutenvården. Dessa processer omfattas ej i denna granskning.

I granskningen har vi noterat att de olika aktörernas följsamhet till riktlinjerna varierar. Nedan presenteras bedömningsgrunder för varje steg, väsentliga observationer från granskningen samt sammanfattade bedömningar.

Vi vill betona att det i merparten av alla utskrivningsärenden finns en god och välfungerande samverkan, men vissa situationer och omständigheter leder återkommande till problem och det är dessa vi främst uppmärksammar genom rapporten.

3.1 Steg 1: Inskrivning

Enligt LUS ska berörda enheter underrättas om en patient vid inskrivning bedöms behöva insatser från socialtjänsten eller öppenvården efter utskrivning.⁸ Inskrivningsmeddelande ska innehålla beräknat utskrivningsdatum samt patientens personuppgifter och skickas senast 24 timmar efter inskrivning. Om ett behov av insatser från kommun eller öppenvård upptäcks eller uppstår senare under vårdtillfället ska inskrivningsmeddelande skickas senast 24 timmar efter bedömningen. Om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras ska den slutna vården så snart det är möjligt underrätta de berörda enheterna om den nya beräknade tidpunkten för utskrivning.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 1 - Inskrivning	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none">●●● Skicka inskrivningsmeddelande i Prator inom 24 timmar för patienter med pågående insatser från hemtjänsten och/eller hemsjukvård. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla uppgift om beräknad utskrivningsdag samt efter samtycke även preliminär diagnos. Om utskrivningsdatum ändras ska kommun och öppenvård meddelas. Ange patientens telefonnummer i Prator.● Om det senare under vårdförloppet bedöms att patienten behöver insatser skickas inskrivningsmeddelande omgående efter denna bedömning.
Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none">●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag (vardagar) och ange fast vårdkontakt.●●● Informera sjukhuset om aktuella insatser.
Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none">●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag.●●● Informera sjukhuset om aktuella insatser.
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none">●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag.●●● Informera sjukhuset om aktuella insatser.●●● Individuellt anpassade hjälpmedel (exempelvis komfortullstol) bör följa patienten till sjukhuset.● Särskild rutin för säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning.

Ankom: 2023-01-03 Ärendet: VON.2023.5 Handling: 478816

3.1.1 Det finns ett väletablerat system för informationsöverföring som har både starka och svaga sidor

För informationsöverföring och utskrivningsplanering mellan slutenvård, öppenvård och kommun används systemet Prator, som finns till specifikt för detta ändamål. Alla vårdtagare inom den somatiska slutenvården (oberoende av diagnos eller ålder) som behöver insatser från kommunen och/eller hälso- och sjukvården efter utskrivning ska efter samtycke skrivas in i Prator. Systemet innehåller stöd för trepartsdokumentation av varje steg i utskrivningsprocessen och har stöd för tilläggsanteckningar/meddelanden fristående från de avgränsade aktiviteterna.

Av intervjuer framgår att Prator generellt uppfattas vara ett ändamålsenligt verktyg. Det beskrivs vara funktionellt, relativt användarvänligt och skapar goda förutsättningar för en välfungerande samverkan. En risk som framhålls i flera intervjuer är att utskrivningsprocessen blivit så nära förknippad med systemet Prator att många medarbetare inte känns vid att delar av utskrivningsprocessen behöver ske utanför systemet.

En problematik som framkommer av intervjuerna är att behörigheten i Prator skiljer sig åt mellan kommunerna. I vissa kommuner har biståndsenheten och eventuell ytterligare legitimerad personal med behörighet tillgång till Prator. I andra kommuner har även hemtjänstenheten tillgång till Prator.

⁸ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 1-4 §§

En följdfeffekt är att mycket kommunikation sker muntligt över telefon utöver Prator, både internt inom kommunen samt externt med regionen. Det skapar också en ovisshet från sjukhusens sida när kommunikationsrutinerna varierar beroende på vilken kommun patienten är hemmahörande i.

Ytterligare ett problem som lyfts fram i intervjuer är att det inte finns en koppling till journalsystemen, utan Prator används parallellt med varje huvudmans övriga system, vilket orsakar extra administration.

Ett nytt kommunikations- och informationsöverföringssystem ska ersätta Prator i oktober 2024. Av intervjuer framkommer att det finns en oro inför bytet av IT-system. Oron gäller både funktionalitet och den befarat omfattande implementerings- och utbildningsprocessen.

3.1.2 Aktörerna är inte överens om vilken processfärg som ska tillämpas

Beroende på patientens uppskattade stöd- och omvårdnadsbehov efter utskrivning väljer sjukhuset om grön, gul eller röd process ska tillämpas. Av intervjuer framkommer att det råder delade uppfattningar mellan aktörerna om val av process. Konsekvensen av detta blir att aktörerna inte aktiverar en planeringsform anpassad till patientens behov av stöd.

Målgrupp för respektive processfärg definieras i riktlinjen. Kommunerna beskriver att de har upplevt en ökad förskjutning där tidigare röda processer har blivit gula likväl som att gula processer nu bedöms som gröna. Detta utan att en förändring i bedömningen av patientens hälsotillstånd skett, vilket innebär att patienter kan ha omfattande omvårdnadsbehov, hjälpmedelsbehov eller bostadsanpassning i en lägre processnivå. Kommunerna beskriver också en breddning av den gula processen vilken kan vara "allt ifrån ljusgul till orange", vilket riktlinjen inte stödjer. Biståndsenheternas uppfattning är att val av processfärg skiljer sig mellan sjukhus och mellan avdelningar inom samma sjukhus, trots likvärdiga behov hos patienten.

Intervjuade från sjukhusen delar bilden av att antalet rödmarkerade processer är färre för tillfället. Det finns inte ett uttalat mål om att minska antalet röda processer och fördelningen har inte analyserats. Intervjuade från både kommuner och sjukhus lyfter flera delvis motstridiga spekulationer kring förskjutningen, vilka vi bedömer kan vara relevanta för länsstyrgruppen att analysera närmare:

- Att sjukhusets tilltro till kommunernas sjukvårdskompetens har ökat i takt med att samverkan blivit mer etablerad.
- Att sjukhuset inte har tillräcklig kunskap om begränsningarna i kommunens kompetens och uppdrag.
- Att det finns en önskan om att regionens primärvård ska bli mer involverade och ta ett större ansvar i utskrivningsprocessen, vilket kan uppnås om fler processer är gröna eller gula.
- Att patienter motsätter sig det stöd som finns att få och inte vill delta i en SIP.
- Att personalsituationen på sjukhusen blivit mer pressad och att det är för tidskrävande att ta den röda processens samordnande ansvar.

Konsekvensen av att patienter med omfattande behov av stöd klassificeras med fel färg är huvudsakligen att den samordnade planeringen inte påbörjas i tid. Det kan leda till att patienten blir kvar på sjukhus, eller att patienten kommer hem med ett större stödbehov än kommunen väntat sig vilket kan leda till återinskrivning. Rätt form av samordnad planering är viktigt för att säkerställa patientens delaktighet och trygghet.

3.1.3 Förändringar av utskrivningsdatum orsakar problem för kommunerna

I samband med att patienten skrivs in på sjukhus ska ett inskrivningsmeddelande skickas till berörda enheter med uppgift om beräknad utskrivningsdag. Om datumet ändras ska kommunen och öppenvård meddelas.

Intervjuade biståndshandläggare uppger att en stor svårighet i planeringen av insatser är att det preliminära utskrivningsdatumet ofta ändras med kort varsel. Om utskrivningsdatumet tidigareläggs

leder det till svårigheter att hinna planera för mottagandet och verkställa insatserna. Om utskrivningsdatum å andra sidan senareläggs med kort varsel leder det istället till att kommunen har avsatt resurser (exempelvis schemalagt hemtjänstpersonal eller reserverat plats på korttidsboende) som inte nyttjas, vilket skapar onödiga kostnader för kommunen samt påverkar planeringen för andra brukare.

Sjukhusen beskriver att det är en stor utmaning att kunna förutse när en patient ska skrivas ut, inte minst multisjuka patienter vars hälsotillstånd snabbt kan förändras. Därtill utgör utskrivningsdatumet en viktig del i att tillvarata patientperspektivet då patienten genom att ha ett utskrivningsdatum att förhålla sig till blir involverad i processen.

3.1.4 Samordnande funktioner underlättar utskrivningsprocessen

Vid samtliga av länets sjukhus finns utskrivningssamordnare, vilka är undersköterskor och som ansvarar för att koordinera samverkan kring patientärenden. Omfattningen varierar (heltid, deltid eller inte alls) beroende på hur respektive avdelningschef planerat arbetet. Till stöd finns vid varje sjukhus en utskrivningsledare som har ett övergripande ansvar.

Funktionen beskrivs i intervjuer underlätta samverkan både kring enskilda patientärenden och på en övergripande nivå. De beskrivs underlätta utskrivningsprocessen samt fungera som en brygga mellan sjukhusen, vårdcentralerna och kommunerna, inte minst vid eventuella avvikelser eller missförstånd i samverkan. På de avdelningar det inte finns utskrivningssamordnare beskrivs utskrivningsprocessen vara mer tidskrävande för båda huvudmännen och enligt de intervjuade sker fler avsteg från riktlinjen. Därutöver beskrivs det finnas en relativt stor personalomsättning bland utskrivningssamordnarna samt att det endast på ett fåtal avdelningar finns flera utskrivningssamordnare som kan tjänstgöra om ordinarie utskrivningssamordnare är sjuk eller har semester. Sommarmånaderna beskrivs vara extra besvärliga.

Det varierar mellan kommunerna i vilken omfattning motsvarande funktion finns utsedd. I vissa kommuner har särskilda biståndshandläggare ett uttalat ansvar för utskrivningsprocessen, medan andra kommuner har valt att låta det vara en del av alla biståndshandläggares uppdrag för att minska personbundenheten.

3.1.5 Den fasta vårdkontaktens roll har sammanfogats med samordningssköterskornas

Enligt LUS ska en fast vårdkontakt utses av verksamhetschef inom den öppna vården (vårdcentralen), när ett inskrivningsmeddelande mottagits och innan patienten skrivs ut.⁹ Enligt riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan ska en fast vårdkontakt alltid utses. Enligt "Regelbok för bedrivande av primärvård i Region Sörmland" ska funktionen samordningssköterska för multisjuka och äldre finnas på varje vårdcentral. På samtliga vårdcentraler som omfattats av denna granskning ansvarar samordningssjuksköterskor för att under utskrivningsprocessen vara fast vårdkontakt åt alla patienter som omfattas av LUS, inte bara multisjuka och äldre. Det varierar mellan vårdcentralerna om detta senare ersätts med en fast läkarkontakt.

Uppdraget *fast vårdkontakt* är inte tydligt formulerat i vare sig LUS eller i de länsgemensamma riktlinjerna. Uppdragets innehåll och omfattning är heller inte tydligt definierat i hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen eller i förarbetena till LUS. Av propositionen inför 2010 års förändringar av hälso- och sjukvårdslagen, där rätten till fast vårdkontakt först infördes, framgår att vårdgivare måste säkerställa att det finns rutiner på övergripande nivå och att lokala rutiner kan upprättas för hur och när en fast vårdkontakt bör utses, vilken personal som kan ta på sig uppdraget samt vilken typ av uppgifter som ska ingå i uppdraget.¹⁰ Av förarbetena till LUS framgår att patienter som omfattas av LUS alltid ska få en fast vårdkontakt, vilket tydliggör den öppna vårdens helhetsansvar för patientens hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivningen.¹¹ Utredningen

⁹ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 5 §.

¹⁰ Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten - vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61f

¹¹ SOU 2015:20 *Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård*, s. 211f.

menade på att den medicinska kompetensen i öppenvården måste vara tillgänglig på ett enkelt sätt såväl för patienten själv som för andra berörda enheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även om patienten i huvudsak får sin dagliga vård från en annan verksamhet.

Uppdraget som fast vårdkontakt beskrivs indirekt i rutinen "Samordningssjuksköterska för multisjuka och äldre". För att ge äldre och multisjuka förutsättningar att bibehålla hälsa, självbestämmande och integritet samt bidra till att den sjuke och dennes närstående kan känna trygghet i vardagen samt i kontakt med vården finns funktionen samordningssjuksköterska. Samordningssjuksköterskan ska förutom att vara fast vårdkontakt för patienten också vara den samordnande kontakten vid samverkan med kommunernas hälso-och sjukvård samt vid kontakt med avdelningar på sjukhuset.

På Samverkanswebben saknas information om uppdraget som fast vårdkontakt. Eftersom lagstiftningen är vag kring denna roll bedömer vi att det kan finnas behov av förtydligande när det gäller processen kring LUS-patienter. Särskilt komplexa riskerar gränsdragningarna att bli när patienten är inskriven på särskilt boende/korttidsboende eller SSIH. Där har patienten vårdkontakter som denne träffar med hög frekvens och kontinuitet. Samtidigt kvarstår rollen som fast vårdkontakt hos vårdcentralen, som mer sällan har kontakt med patienten. Det samordnande helhetsansvaret för den fasta vårdkontakten bör därför definieras tydligare.

Av intervjuade framgår att det pågår ett förändringsarbete inom den regionala primärvården där den fasta vårdkontakten i form av samordningssköterskorna beskrivs vara central i utvecklingen mot ett effektivt resursanvändande och för omställningen till en relationsbaserad nära vård. Intervjuade vårdcentraler redogör för att tilldelningen av fast vårdkontakt sker på olika sätt. Vanligt förekommande är att samordningssköterskorna, eftersom de har tillgång till Prator, blir fast vårdkontakt till samtliga patienter som omfattas av LUS. Samordningssköterskan kan således vara fast vårdkontakt till ett mycket stort antal patienter där uppdraget beskrivs vara en administrativ lösning. Den huvudsakliga arbetsuppgiften beskrivs av intervjuad samordningssköterska vara att ringa det enligt riktlinjen angivna uppföljningssamtalet till patienten inom sju dagar. Vi noterar också att vårdkontakten oftast väljs utan att patienten har kännedom om detta, eller utan att vårdcentralerna efterfrågar eventuella särskilda önskemål.

Implementeringen av samordningssjuksköterska som fast vårdkontakt skiljer sig mellan granskade vårdcentraler. Intervjuade påtalar dock att det inom primärvården saknas resurser för att omställningen ska kunna äga rum i önskad hastighet. Därutöver försvårar en hög personalomsättning omställningen till nära vård med fler fasta vårdkontakter. Införandet av LUS har därför inneburit stora utmaningar för primärvården.

3.2 Steg 2: Vårdtid

Enligt LUS ska berörda enheter inom socialtjänsten och öppenvården vid mottaget av inskrivningsmeddelande börja planera insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivning få sina behov tillgodosedda.¹² Målsättningen är enligt den länsövergripande rutinen att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan. Ingen ska behöva vänta på att få komma hem från sjukhuset.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 2 - Vårdtid	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none">● Beskriva status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser i Prator.● Om det senare under vårdförloppet bedöms att patienten behöver insatser skickas inskrivningsmeddelande omgående efter denna bedömning.● Skicka initiativ till SIP via Prator.● Status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser beskrivs enligt SBAR i Prator.● Förbereda och kalla till SIP som görs på sjukhus innan patienten blir utskrivningsklar. Medverka samt dokumentera vid SIP.● Planera inför utskrivning.

¹² Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 6 §.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Vid behov erbjuda kommunens personal utbildning. ● Skrymmande nödvändiga hjälpmedel ska beställas så de är hemma när patienten kommer hem. ● Ge uppdrag till kommunens hälso- och sjukvård. Uppdrag förbereds och utförs enligt Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län.
Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"> ●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag (vardagar) och ange fast vårdkontakt. Informera sjukhuset om aktuella insatser. ● Skriva in adekvat information i SBAR i Prator. ● Fylla på med adekvat information i SBAR. ● Planera inför mottagande av medicinskt ansvar och samarbete med kommunens socialtjänst och/eller hemsjukvård. ● Förbereda och medverka vid SIP. Tid för uppföljning och samordningsansvarig för SIP ska bestämmas innan utskrivning.
Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> ●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag. Informera sjukhuset om aktuella insatser. ● Fylla på med adekvat information i SBAR i Prator. ● Delta vid utbildning. ● Planera inför mottagande i hemmet och samarbete med läkare i landstingsfinansierad öppenvård. ● Bekräfta uppdraget till hemsjukvården. ● Förbered och medverka vid SIP.
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"> ●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag. Informera sjukhuset om aktuella insatser. ● Fylla på med adekvat information i SBAR i Prator. ● Delta vid utbildning. ● Planera inför mottagande i hemmet. ● Förbered och medverka vid SIP. ● Lämna utförarens kontaktuppgifter till sjukhuset.

3.2.1 Informationsöverföringen mellan parterna brister eller sker i parallella kanaler

Kommunikation mellan slutenvård, öppenvård och kommun inför utskrivning ska enligt riktlinjen ske i Prator. Enligt riktlinjen ska sjukhusen beskriva status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser i Prator vid samtliga processer. Intervjuade biståndshandläggare beskriver dock att informationsöverföring genom Prator huvudsakligen sker endast om det är en röd process. Vid grön och gul process sker merparten av kommunikationen i stället över telefon.

Bland de intervjuade upplever både kommunernas biståndshandläggare och sjukhusens utskrivningssamordnare att kommunikationen brister. Konsekvensen blir att biståndshandläggarna får efterfråga kompletterande information över telefon eller genom andra parallella kommunikationskanaler, vilket orsakar merarbete och riskerar att spårbarhet går förlorad. Utskrivningssamordnare påtalar att de uppfattar att ett tydligt trendbrott skedde under Covid-19-pandemin, där biståndshandläggarna började ringa istället för att använda Prator, vilket delvis har fortsatt.

Intervjuade biståndshandläggare beskriver att på de avdelningar det inte finns utskrivningssamordnare fungerar informationsöverföringen sämre. Att utskrivningssamordnare är undersköterskor och inte sjuksköterskor beskrivs av vissa intervjuade innebära begränsningar i förmågan att självständigt bedöma och beskriva patientens medicinska behov. Likväl som att ha en proaktivt samordnande och kritiskt ifrågasättande roll gentemot övriga professioner på sjukhuset.

3.2.2 Metodstödet uppges vara otillräckligt och svårt att hitta

Från både regionen och kommunerna framhålls att det saknas kompletterande vägledning till medarbetare i specifika situationer i utskrivningsprocessen. Exempelvis beskrivs att det saknas

handfasta, förenklade och användarvänliga vägledningar eller checklistor för de situationer där problem ofta uppstår. Enligt divisionschef för primärvård pågår det ett arbete med att ta fram en *utskrivningsskola*.

Regionen tillhandahåller *Samverkanswebben*, en webbplats för vårdgivare, kommuner och andra samarbetspartners som har gemensamma uppdrag med regionen. Genom *Samverkanswebben* förmedlas information som utarbetats av eller för samverkansstrukturen i regionen. Däribland finns information om strukturen för närvårdssamverkan, information att vidareförmedla till anhöriga/närstående, information om hemsjukvård, information om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård samt ingångna avtal, riktlinjer och överenskommelser som gäller inom Närvården i Sörmland. Vid genomförda intervjuer hänvisar kommunernas medarbetare ofta till *Samverkanswebben* och det finns en god kännedom om sidans existens. Sidan uppges dock inte vara användarvänlig vilket, i kombination med begränsat innehåll, får konsekvensen att den inte används i särskilt hög utsträckning.

Av intervju framgår att avsikten från läns-gemensamt regionalt stöd är att se över *Samverkanswebbens* innehåll och användarvänlighet framgent.

3.2.3 SIP-möten sker i liten utsträckning och vårdcentralerna upplevs frånvarande

Enligt LUS ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommunens socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård.¹³ En kallelse till SIP ska skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den öppna vården, senast tre kalenderdagar efter att slutenvården har meddelat att patienten är utskrivningsklar.¹⁴ Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som ska vidtas av någon annan än kommunen eller regionen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.¹⁵

I och med införandet av LUS har den fasta vårdkontakten i primärvården erlagts ansvaret att kalla till SIP: en. Det är en förändring som syftar till att aktivera primärvården på ett tidigt stadium och därmed säkerställa samordning och kontinuitet.¹⁶ Inom Närvård i Sörmland har den fasta vårdkontakten i de läns-gemensamma riktlinjerna inte erlagts lika stort ansvar som lagens intentioner anger. Av den läns-gemensamma rutinen framgår att ansvaret för att kalla till SIP skiljer sig beroende på processfärg. Vid röd och gul process ska sjukhuset initiera SIP. Vid uppföljning av gul process är vårdcentralen huvudansvarig och vid uppföljning av grön process ligger ansvaret på både kommun och vårdcentral. Samtliga har alltid möjlighet att påkalla behovet. Primärvården har dock ett ansvar att delta vid SIP under utskrivningstiden. Av intervjuer framkommer en samstämmig bild från kommuner och sjukhus om att primärvården uteblir eller tar en passiv roll vid SIP-möten.

Intervjuade från vårdcentralerna känns vid beskrivningen, men beskriver att de inte upplever sig ha en nödvändig roll i dessa SIP-möten. Deras samordningsroll är marginell i jämförelse med slutenvården och kommunerna. Därutöver beskriver intervjuade att en SIP inte alltid är nödvändig då det inte finns något behov av insatser från primärvården. Primärvården är delaktiga i utskrivningsprocessen på andra sätt än att medverka vid SIP. Uppföljningsansvaret att ringa en utskriven patient inom sju dagar lyfts fram som exempel.

I Prator registreras när en part har tagit initiativ till en SIP, men inte hur många som faktiskt genomförs eller vilka parter som medverkar. Det finns inte heller någon dokumentation över bedömningen av behovet av SIP eller om patienten har erbjudits SIP men tackat nej. Mot den bakgrunden är det svårt att bedöma hur stort antalet rimligen borde vara.

Vissa intervjuade lyfter fram att digital planering och SIP-möten också har oönskade negativa effekter ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Det är många patienter som inte förstår digital

¹³ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 4 kap 1 §.

¹⁴ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 4 kap 3 §.

¹⁵ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 16 kap. 4 § samt Socialtjänstlagen (2001:453) 2 kap. 7 §.

¹⁶ SOU 2015:20 s. 231

informationsöverföring, främst demenssjuka patienter, vilket gör att de inte i tillräcklig utsträckning blir involverade i utskrivningsprocessen. De flesta SIP:ar enligt de gröna och gula processerna sker över telefon, medan röda processer hanteras genom videolänk eller fysiska möten.

3.2.4 Patientens delaktighet i planeringen kan utvecklas

Enligt riktlinjen ska en trygg och säker utskrivning från slutna vård bygga på delaktighet och samtycke från patienten. Det samlade behovet av insatser efter hemgång samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats ska klargöras inför utskrivning. Personalen ska särskilt beakta närståendes delaktighet, utifrån samtycke från patienten.

En konsekvens av att planeringen mellan parterna huvudsakligen sker genom Prator och telefon är att patienten inte är delaktig och inte heller har mer insyn än vad som förmedlas av behandlande läkare eller annan vårdpersonal på sjukhuset. Den fasta vårdkontakten i form av samordningssjuksköterska på vårdcentralerna tar inte kontakt med patienten förrän efter hemgång.

Kommunikationen med patienten förefaller ibland vara i otakt mellan parterna. Flera av de intervjuade biståndshandläggarna beskriver att de ibland kontaktar patienter som ännu inte har informerats av sin läkare om förestående utskrivning, och som blir illa berörda av beskedet. Intervjuade läkare beskriver i gengäld att de ofta mottar frågor från både patienter och anhöriga om vad som kommer att hända efter utskrivningen, där osäkerhet kring fortsatt stöd skapar stor oro hos patienten dagarna före hemgång.

3.2.5 Att utbilda kommunens personal upplevs betungande för sjukhusen

Enligt riktlinjerna ansvarar sjukhuset för att vid behov utbilda kommunens personal. Det handlar i sammanhanget vanligen om utbildning av hemtjänst i hantering av medicinteknisk utrustning som exempelvis syrgaspump eller sondmatning. Utbildningen genomförs av personalen vid den avdelning där patienten vårdas. Att utbildningarna sker på förfrågan kopplat till enskilda patienter gör, i kombination med hög personalomsättning och stort antal från varandra separata hemtjänstenheter, att förfarandet upplevs betungande för sjukhuspersonalen.

3.3 Steg 3: Utskrivningsklar

Enligt LUS ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda enheter om att en patient är utskrivningsklar, när den behandlande läkaren har gjort denna bedömning.¹⁷ Enligt den länsgemensamma riktlinjen betyder utskrivningsklar att den behandlade läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården. Förutsättningen för utskrivningsklar är att samtliga kriterier för *hemgångsklar* är uppfyllda.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 3 - Utskrivningsklar	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none">●● Ge uppdrag till kommunens hälso- och sjukvård.●● Uppdrag förbereds och utförs enligt <i>Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län</i>.●●● Skicka remiss till regionens öppenvård vid behov av fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser. I de fall patienten går till korttidsboende ska remiss skickas till den vårdcentral/motsvarande som har läkaransvar för korttidsboendet.●● Skriva utskrivningsrapport i Prator. Uppdatera rapporten vid förändring.●●● Läkemedel se rutin <i>Säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning</i>, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning som krävs för att patienten ska klara de första tre vardagarna i hemmet avseende förflyttning, toalettbesök och nutrition finns tillgängliga för patienten.●●● Säkerställ att patienten är hemgångsklar.

¹⁷ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 3 kap 1 §.

Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"> ●●● Bekräfta mottagen remiss vardagar inom 24 timmar. ●● I samband med hemgång tas ansvaret över i enlighet med remiss.
Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> ● Återkoppla och bekräfta uppdraget.
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"> ●●● Meddela när patienten är kommunklar samt kontaktuppgifter till utföraren. ● Bekräfta utskrivningsrapport och kontakta vid behov patienten.

3.3.1 Det råder delade uppfattningar om när patienten är utskrivningsklar

En vanligt förekommande diskussion mellan kommun och sjukhus handlar om ifall en patient är färdigbehandlad eller inte. Konflikten bottnar ofta i en felaktig bild av tillgänglig kompetens och resurser inom den kommunala verksamheten, där utskrivande läkare av kommunerna upplevs ha orimligt höga förväntningar på vilken vård- och omsorg patienten kommer att få av kommunen. Intervjuade korttidsboendechefer beskriver att de förväntas ta emot mer sjuka personer än vad de har resurser att omhänderta sett till boendets personaltäthet och kompetensnivå. Därtill beskrivs att anhöriga från sjukhuset får en felaktig bild av vad korttidsboende innebär, om kommunernas möjlighet att erbjuda en korttidsplats samt av formerna för behovsprövning av dessa.

Bland de intervjuade på sjukhusen framkommer en oroskänsla inför vissa utskrivningar. Flera läkare och sjuksköterskor belyser att patienter med rätta kan bedömas vara färdigbehandlade inom deras akut- eller specialistvårdsavdelning, men fortfarande ha ett stödbehov som överskrider vad som ges inom ramen för korttidsboende eller eget boende. Även kommunerna upplever att patienter i behov av fortsatt specialistvård efter utskrivning ofta leder till förlängda utskrivningsprocesser och mycket diskussion mellan parterna, även om antalet ärenden är få. Det framkommer frustration över otydliga, ineffektiva eller okända gränsdragningar mellan hemsjukvård och SSIH och palliativa patienter lyfts fram som särskilt utsatta. En översyn av arbetet med mobila specialistteam och jourteam lyfts fram som en möjlig väg framåt. Det framkommer även att det finns en brist på rehabiliteringsplatser i regionens regi för vissa patientgrupper.

Läkare belyser också att många patienter återinläggs av icke-medicinska skäl, exempelvis att det saknas sjukvårdsrelaterat förbrukningsmaterial i hemmet när hemtjänsten ska utföra insatser. Rehab- och hjälpmedelsjour finns inte i regionen.

3.3.2 Brister i kommunernas interna kommunikation gör att utskrivningar sker för tidigt

Enligt den länsgemensamma riktlinjen är 'kommunklar' ett meddelande som kommunen ska skicka för att informera slutenvård och öppenvård om när kommunens åtagande tidigast kan verkställas. Ibland brister kommunikationen och biståndshandläggaren markerar patienten som kommunklar utan att hemsjukvården är redo.

Kommunernas stuprörsorganisation och informationsasymmetri orsakar ibland interna missförstånd. Det är biståndshandläggarna som hanterar kommunikationen via Prator och är de som förmedlar när kommunen är kommunklar. Biståndshandläggarna arbetar utifrån socialtjänstlagen, men markeringen kommunklar ska även omfatta hemsjukvården som får sitt uppdrag från läkare enligt hälso- och sjukvårdslagen. En vanligt förekommande situation är att hemsjukvård eller rehab inte har hunnit säkerställa att patienten kan komma hem. Problemet skulle sannolikt kunna undvikas om fler enheter, utöver biståndshandläggarna, hade tillgång till Prator eller att kommunklar markeras separat för SOL och HSL-insatser.

Vidare kritiserar sjukhusen för att inte särskilja begreppen utskrivningsklar, hemgångsklar och kommunklar. Intervjuade inom kommunerna beskriver att det förekommer situationer där sjukhusen skickar hem en patient så fort han eller hon är markerad som utskrivningsklar i Prator, utan att invänta kommunklar.

3.3.3 Rehabiliteringens frånvaro i processen upplevs vara särskilt problematisk

En kritisk del i utskrivningsprocessen är att nödvändiga hjälpmedel finns på plats när patienten skrivs ut. Det kan exempelvis handla om hjälpmedel och medicinskteknisk utrustning för att klara förflyttning, toalettbesök och nutrition. Regionen ansvarar för att patienten har hjälpmedel för de första tre vardagarna, samt mellanliggande helgdagar, därefter tar kommunens ansvar vid. När patienten ska skrivas ut från sjukhuset finns vissa enklare hjälpmedel i basförråd på sjukhusen för att medföras vid hemgång, exempelvis rullatorer eller anpassade toasitsar. Mer avancerade hjälpmedel såsom rullstolar eller en specialanpassad säng är en beställningsvara med leverans som kan dröja fem dagar. Patienten skrivs då ut utan anpassat hjälpmedel eller blir inneliggande på sjukhuset.

Av granskningen framgår att den kommunala rehabiliteringens frånvaro i processen upplevs vara särskilt problematiskt, både under vårdtiden, vid utskrivning och efteråt. Den kommunala rehaben beskriver att deras perspektiv inte tillvaratas när patienten bedöms vara kommunklar. De blir involverade för sent och biståndshandläggarna arbetar utifrån en annan lagstiftning och har inte tillräcklig kännedom om vikten av rehab i utskrivningsprocessen.

Det finns logistiska utmaningar kring förskrivning av hjälpmedel till inneliggande patienter. Det kan krävas hembesök för att kunna planera eller bedöma behovet av anpassningar och hjälpmedel, vilket inte alltid är möjligt när patienten är inneliggande. Efter utskrivning är patienten inte alltid tillgänglig för att ta emot leverans eller kan vara fysiskt förhindrad att öppna dörren vilket kräver samordning med anhöriga, hemtjänst eller primärvård. Intervjuade enhetschefer inom hemtjänst beskriver att hembesök från regionens rehab sker mycket sällan och att hemtjänstens kunskap om förutsättningarna i hemmet sällan efterfrågas. Därutöver beskriver sjukhusen att det inom den regionala rehaben finns bemanningsproblem då det inom många avdelningar inte finns sjukgymnaster eller arbetsterapeuter. Patienter som skrivs ut utan hjälpmedel eller med fel hjälpmedel återinskrivs i enstaka fall direkt efter utskrivning eftersom den enskilde inte har möjlighet att klara sig i hemmet utan erforderliga hjälpmedel.

När kommunens rehab tar vid upplever många intervjuade att de hjälpmedel som sjukhuset har förskrivit inte finns eller är fel. Exempelvis vittnar flera kommuner om att de har ett "hemligt lager" med inkontinenthjälpmedel då sjukhuset inte har förskrivit några alls eller tillräckligt många. Detta är inte tillåtet eftersom inkontinenthjälpmedel ska förskrivas individuellt.

3.4 Steg 4: Hemgång

Enligt LUS ska slutenvården överföra den information som är nödvändig för att berörda enheter ska kunna ge patienten insatser från socialtjänst eller hälso- och sjukvård, senast samma dag som patienten skrivs ut från vårdheten.¹⁸ Information ska också ges till patient och närstående i enlighet med 3 kap. patientlagen (2014:821).

Enligt den länsövergripande överenskommelsen är en patient hemgångsklar när samtliga kriterier nedan är uppfyllda:

- ▶ Behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar.
- ▶ Patienten har fått skriftlig information inför hemgång.
- ▶ Fast vårdkontakt har utsetts i den regionfinansierade öppna vården.
- ▶ Nödvändig information för patientens fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst har överförts till de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande. Nödvändiga hjälpmedel och medicinteknisk utrustning från Regionen är tillgängliga för patienten utifrån dennes behov.

I samband med att patienten lämnar sjukhuset ska följande vara färdigt enligt den länsgemensamma riktlinjen: remiss till öppenvård, medicinsk epikris/slutanteckning, utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse, aktuell läkemedelslista från Regionens journal. Förutom detta ska även sjukintyg, egenvårdsbeslut, recept/dosrecept, uppdrag till hemsjukvården (med hemsjukvård avses

¹⁸ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 3 kap 2 §.

vård i ordinärt boende och SÄBO/ korttidsboende), omvårdnadsepikris samt utskrivningsrapport i Prator göras klart. Patient och närstående ska ha fått information om fast vårdkontakt och fortsatt planering. Kvällar och helger ska sjukhuset meddela kommunen nytillkommen information via telefon.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 4 - Hemgång	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"> ●●● Skicka [●●uppdaterad] utskrivningsrapport i Prator med uppgift om när patienten lämnar sjukhuset och redogörelse för patientens behov av fortsatt vård och omsorg. Ta kontakt med hemtjänsten [●/utföraren] [●dagen innan] för överenskommelse om lämplig tid för hemgång, beställ lämplig transport och beakta hjälpmedel. Avbryt eget deltagande i SIP samt överför samordningsansvaret till utsedd person. ● Säkerställ att uppdraget till hemsjukvård (UHS) är bekräftat av mottagaren. Lämna ut information till patienten. Säkerställ att kontaktuppgifter till patienten utan pågående kommunala insatser överförs till kommunen. ●● Kvällar och helger ska sjukhuset meddela kommunen nytillkommen information via telefon.
Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"> ●● Överta medicinskt ansvar. ● Överta medicinskt ansvar enligt SIP och efter mottagen remiss.
Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> ● Skriva in patienten i hemsjukvård alternativt utföra enstaka hembesök samma dag som patienten kommer hem. ●● Utföra hälso- och sjukvårdsinsatser enligt behov.
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"> ● Återinsätta tidigare insatser snarast dock senast inom 24 timmar. ●● Påbörja insatser samma dag.

Vi noterar att små skillnader mellan processfärgerna riskerar att leda till fel i detta steg. De tre processerna innehåller i huvudsak samma moment. Vid gul process ska kontakt med hemtjänst/utförare ske en dag tidigare än i grön och röd process. Endast i grön process ska sjukhuset säkerställa att uppdraget till hemsjukvård (UHS) är bekräftat av mottagen.

3.4.1 Hemtjänsten överraskas ibland av utskrivningen

Av samtal med biståndshandläggare och hemtjänsten framgår att sjukhusen tar kontakt med hemtjänsten för överenskommelse om lämplig tid för hemgång innan patienten är kommunklar. De intervjuade upplever också att det är vanligt förekommande att patienter skrivs ut med kort varsel på fredag eftermiddag, inför storhelger, inför semestertider, kvällstid när rehab inte är tillgängliga, när det är minst antal vårdplatser på sjukhuset och störst personalbrist inom hemtjänsten.

Vår sammanställning över registrerade utskrivningsklar-datum i Prator tyder dock på att fördelningen är jämnt fördelad tisdag-fredag, med en liten övervikt på fredagar. Denna står dock inte i proportion till beskrivningen från de intervjuade.



Figur 3: Antal patienter 2021-2022 (t.o.m 15 nov 2022) markerade som utskrivningsklara i Prator fördelat per veckodag

Upplevelsen av den ökade belastningen på obekväma bör ändå tas på allvar. Om informationen i Prator har varit bristfällig har kommunen inte tillräcklig kännedom om patientens behov och förutsättningar. Om information ändras eller tillkommer sent är det inte säkert att de funktioner som bevakar Prator hinner upptäcka och vidareförmedla det. Enligt riktlinjen ska nyttillkommen information på kvällar och helger alltid meddelas via telefon för att säkerställa att informationen når fram, vilket enligt intervjuade inte alltid sker. En försvårande faktor från sjukhusets sida är att kommunerna har olika rutiner för huruvida hemtjänstgrupper läser information i prator eller inte. Bland länets kommuner finns därtill en stor variation i sammansättningen av verksamhet i egen regi och privata utförare i upphandlade system/valfrihetssystem. Antalet inblandade utförare och utförarnas respektive kapacitet är för vissa kommuner en komplicerande faktor när det gäller samverkan kring utskrivningsklara patienter.

Hemtjänsten beskriver att de i nästan samtliga fall anpassar sig och hanterar oplanerade och sena utskrivningar men att det tar mycket tid och resurser i anspråk. I enstaka fall leder det till undvikbara återinskrivningar. Det beskrivs vara ett stort bekymmer och skapar negativa följder för såväl samverkan som patientens välmående.

3.4.2 Bristande information vid hemgång hotar patientsäkerheten

Vid hemgång ska sjukhuset säkerställa förmedlingen av utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse, en skriftlig sammanfattning av de förändringar (in-/och utsättning, dosändring) som har gjorts under vårdtillfället. Den ges till patienten vid hemgång tillsammans med aktuell läkemedelslista från regionens journal. Som ytterligare stöd finns en rutin för säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning.

Representanter från kommunerna vittnar om att sjukhusets läkemedelslistor ofta är ofullständiga eller felaktiga. Ibland anländer utskrivna patienter till boendet eller hemmet utan att någon medicinlista har förmedlats, vilket leder till behov av att eftersöka information. Vid intervjuer framkommer även att sjukhusen skriver ut egenvårdsintyg till patienter utan att säkerställa genomförandet efter utskrivning.

Enligt den länsgemensamma riktlinjen ska patient och närstående ha fått information om fast vårdkontakt och fortsatt planering vid hemgång. Därutöver ska patienten få skriftlig information om vem som ansvarar för respektive åtgärd och hur man kommer i kontakt med denne. Skriftlig information ges med hjälp av informationsfoldrar. Foldern finns i två versioner utifrån att processen, vårdkontakter etc. skiljer sig och förhoppningen är att ge varje patient en så tydlig beskrivning som

möjligt. I informationsbrevens finns bland annat information om utskrivningsprocessen, planering inför hemgång, vad som sker när du har kommit hem och kontaktuppgifter. Det finns också information om anhörigstöd. Informationen finns endast på svenska.

3.4.3 Få SIP-möten sker i hemmet

Enligt den läns-gemensamma överenskommelsen ska arbetet organiseras på ett sådant sätt att SIP i huvudsak kan utföras i hemmet och inte på sjukhus. Få SIP-möten sker dock i hemmet där kommunen är sammankallande aktör. Intervjuade biståndshandläggare delar bilden av att det sker få SIP:ar i hemmet där kommunen har kallat till SIP. En orsak som lyfts från flera intervjuade är att sjukhuset ofta skickar initiativ till en SIP utan att fullfölja och avsluta den SIP:en. Det blir en SIP som inte leder någonstans och när patienten väl är hemma tar det stopp. Ansvaret faller mellan stolarna och aktörerna skyller på varandra.

Därutöver påverkar kommunernas interna organisation möjligheten att kalla till SIP. Ett vanligt förekommande fenomen är att den kommunala organisationen är uppdelad och organiseras utifrån funktioner inom verksamheten där samverkan mellan funktionerna och verksamheterna stundtals är bristfällig. Det är vad som inom organisationsteori benämns som 'stuprörsorganisation'. Funktionerna utgör sedan de så kallade stuprören inom organisationen och dessa medför avgränsningar mellan avdelningarna vilket genererar svårigheter för de anställda att arbeta tvärssektoriellt. Biståndshandläggarna har möjlighet att kalla till SIP men problem uppstår då de inte har tillräcklig information och kunskap om patientens eventuella behov av SIP. Den typen av informationsasymmetri inom den kommunala stuprörsorganisationen bidrar således också till att kommunerna sällan kallar till SIP.

Intervjuade inom vårdcentraler och sjukhus beskriver att SIP-möten vid behov alltid bör ske i hemmet då samordning och samverkan brister, detta i syfte att uppnå en personcentrerad nära vård där den enskilda patientens behov är i fokus. Det framkommer även att kommunen borde ta ett större ansvar att kalla till SIP i hemmet innan en sjukhusinläggning, i förebyggande syfte. Information om förändrat vård- och omsorgsbehov finns ofta hos hemtjänstpersonalen som möter brukaren dagligen och en tidigare SIP i hemmet skulle alltså kunna förhindra eller framflytta en sjukhusinläggning.

3.5 Steg 5: Uppföljning

Av lagstiftningen framgår inga krav eller förväntningar på uppföljning efter att patienten har lämnat sjukhuset. I den läns-gemensamma riktlinjen finns krav på både uppföljande patientkontakt och direktiv kring hur parterna ska kalla till SIP om behov av samordning uppmärksammas efter hemkomst.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 5 - Uppföljning	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"> ●●● Ringa upp patienten i hemmet inom 24 timmar för ett trygghetsskapande samtal (webbkollen).
Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"> ●●● Ringa upp patienten i hemmet inom 7 dygn för ett trygghetsskapande samtal enligt webbkollen. ●● Uppföljning av SIP gjord på sjukhuset. ● Kalla till SIP i Prator om behov av samordning uppmärksammas. Om någon part avser att delta via videolänk ska detta vara möjligt. Öppenvården ansvarar för att öppna länk som möjliggör anslutning från övriga parter. ● Om patienten har behov av samordning kallar öppenvården till SIP i prator inom tre dagar från det att patienten är utskrivningsklar. Detta kan göras innan remiss kommit. Medverka samt dokumentera vid SIP. Om behov av samordning <u>inte</u> föreligger avslutas SIP processen. Följ <i>Rutin för att hantera informationsflöde i Prator</i>. Öppenvården ansvarar för att öppna videolänk som möjliggöra anslutning från övriga parter.

Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> ●●● Följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser. ● Kalla till SIP i Prator om behov av samordning uppmärksammas. ● Uppföljning av SIP gjord på sjukhuset.
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"> ● Kontakta patienten för bedömning av SoL-insatser inom 72 timmar eller nästkommande vardag efter hemkomst. ● Kalla till SIP i Prator om behov av samordning uppmärksammas. ●● Ringa upp patienten vid ordinarie uppföljningstillfälle (till exempel webbkollen). ● Uppföljning av SIP gjord på sjukhuset.

3.5.1 Telefonsamtal efter hemgång skapar trygghet, delaktighet och en möjlighet att fånga upp behov av bättre samordning – men alla patienter blir inte uppringda

Enligt den läns gemensamma riktlinjen är ansvaret för uppföljningen delat. Sjukhuset ansvarar för att ringa upp patienten i hemmet inom 24 timmar för ett trygghetsskapande samtal. För detta används vård- och omsorgskollen (tidigare känt som webbkollen), ett av SKR framtaget intervjustöd för att följa upp kvaliteten för individer som har kontakt med vård och omsorg inom kommuner och regioner. Öppenvården ska ringa upp patienten i hemmet inom sju dygn för ett trygghetsskapande samtal enligt webbkollen. De standardiserade intervjumallarna är utformade för att skapa trygghet och delaktighet, och för att möjliggöra förebyggande insatser som exempelvis att tydliggöra läkemedelsändringar, förmedla kontakter och erbjuda SIP (samordnad individuell plan) när det finns fortsatt behov av samordning.

Kommunerna ska ringa upp patienten vid ordinarie uppföljningstillfälle. När detta inträffar varierar beroende på vilken typ av insats som har beviljats och om det är nya eller utökade insatser alternativt om tidigare beviljade insatser återupptagits. Rutinerna varierar mellan kommunerna. Vid ett utökat behov beviljas i regel nya eller utökade insatser för en kortare tid, ca två veckor, och följs därefter upp inför ett mer långvarigt biståndsbeslut.

Följsamheten mot uppföljningsansvaret beskrivs vara bristfälligt. Enligt närvårdscoordinator har verktyget förändrats av SKR och regionen har under 2021-2022 testat olika verktyg och frågebatterier. Detta gör att jämförande statistik saknas. Vi har inte kunnat ta del av sammanställning över antal genomförda samtal som dokumenterats och kan därför inte jämföra med antalet utskrivningar som omfattas av LUS. Inom vissa avdelningar finns inte kännedom om att sjukhuset ska ringa upp patienten inom 24 timmar; inom andra avdelningar finns kännedom om sjukhusets uppföljningsansvar men det efterlevs inte till följd av tidsbrist. En intervjuad beskriver att många patienter blandar ihop de olika aktörerna när både sjukhuset, vårdcentralen och kommunen ringer, vilket skapar en förvirring.

Inom primärvården är det samordningssjuksköterskorna som har de uppföljande samtalen. Det beskrivs inte vara några svårigheter att fullfölja ansvaret som riktlinjen anger. Vid dessa samtal kan samordningssjuksköterskorna identifiera om ytterligare samordningsinsatser krävs.

3.5.2 Genomförda SIP utvärderas i regel inte gemensamt av aktörerna

Att en SIP ska följas upp och avslutas beskrivs inte i lagstiftningen. Enligt den läns gemensamma riktlinjen ansvarar öppenvården och kommunen (beroende på vem som är sammankallande) för uppföljning av SIP gjord på sjukhuset vid röd process. Granskningen visar att gemensam formaliserad uppföljning av SIP inte sker i någon betydande utsträckning utan vanligen hanteras separat av respektive aktör. Rutin för informationsflöde i Prator medger att uppföljning kan ske av den enskilde vårdgivaren eller gemensamt.

4. Uppföljning, förbättringsarbete och utveckling

4.1 Uppföljningen inom ansvariga nämnder och styrelser är begränsad

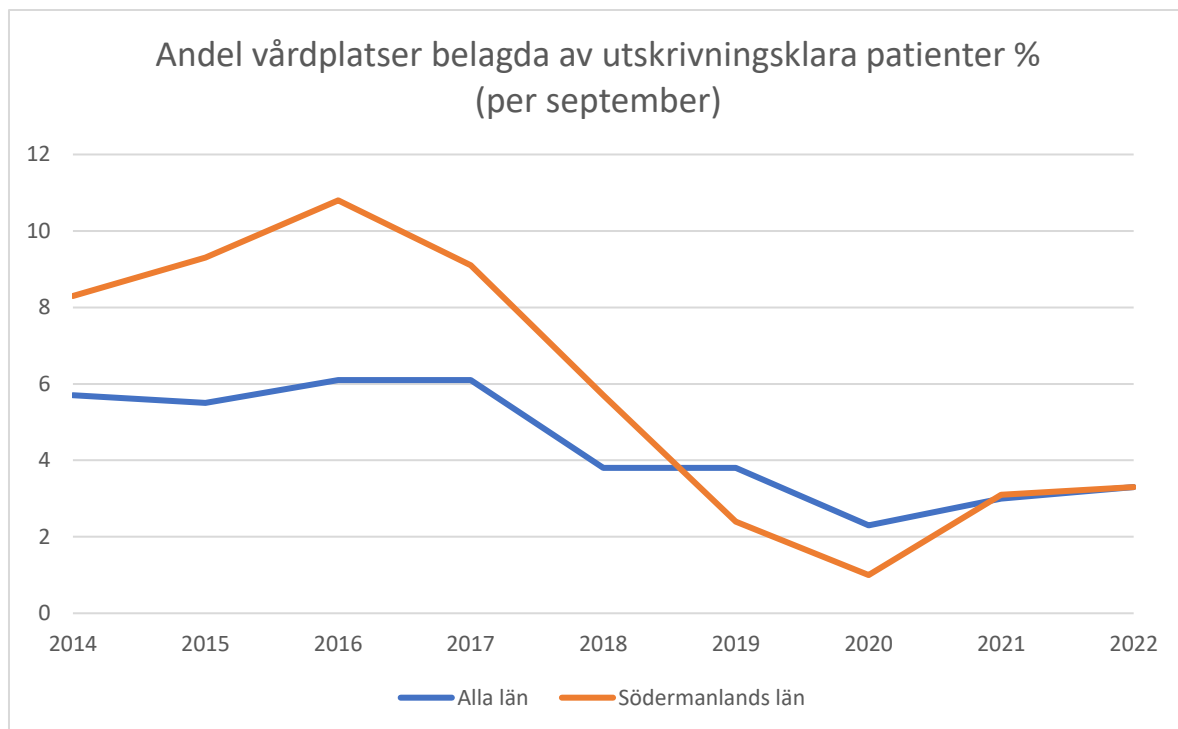
Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följa särskild plan. I övrigt finns inga krav på uppföljning av effektmål eller dylikt. Vi noterar att det inte har tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen övergripande utvärdering är planerad.

Den länsövergripande riktlinjen diskuteras återkommande inom strukturen för närvårdssamverkan. Riktlinjerna reviderades av NSV senast 2020. En mer omfattande översyn av riktlinjerna pågår vid tidpunkten för denna granskning och ska slutföras under våren 2023.

Genomgående är att endast ett fåtal av de ansvariga nämnderna följer upp arbetet på övergripande nivå. Bland granskade nämnder och styrelse noterar vi inga specifika mål eller nyckeltal kopplat till LUS. Enligt intervjuade förvaltningschefer finns en stor tilltro till verksamheten och ingen särskild uppföljning efterfrågas eftersom samverkan upplevs välfungerande och kommunen inte blivit betalningsansvarig. Flera av förvaltningscheferna beskriver att de kontinuerligt, eller vid behov, lämnar skriftlig eller muntlig information om arbetet med LUS och samverkan kring utskrivningsklara patienter. I övrigt rapporteras statistik i form av exempelvis utskrivningsklara dagar.

4.2 Statistiken tyder på att utskrivningsprocessen är effektiv

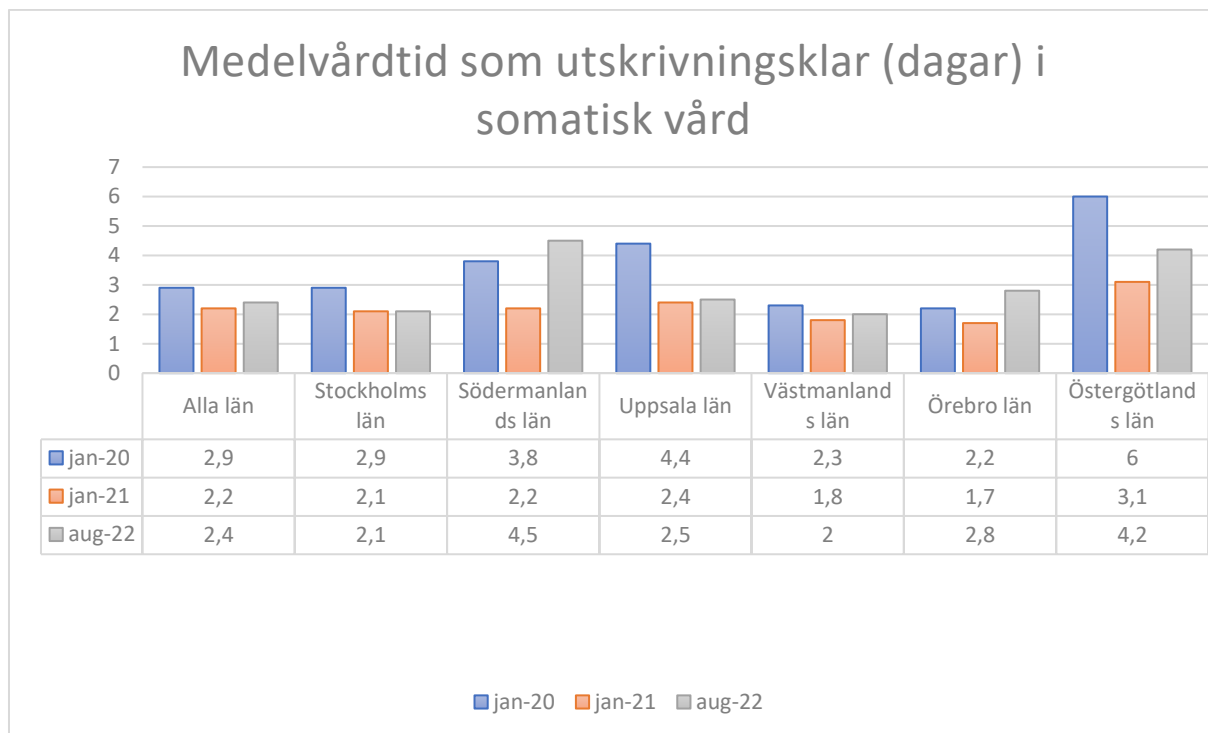
Sedan 2014 har det skett tydliga framsteg gällande att skapa en utskrivningsprocess där patienter kan skrivas ut så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Andel vårdplatser som beläggs av utskrivningsklara patienter minskade kraftigt, från att inledningsvis ha varit avsevärt högre än genomsnitt i övriga landet. Utvecklingen har sedan 2020 vänt uppåt och är nu i paritet med genomsnittet.



Figur 3: Belagda platser, som visar andel (%) disponibla vårdplatser som i genomsnitt under månaden varit belagda av utskrivningsklara patienter, källa SKR Väntetider i vården.

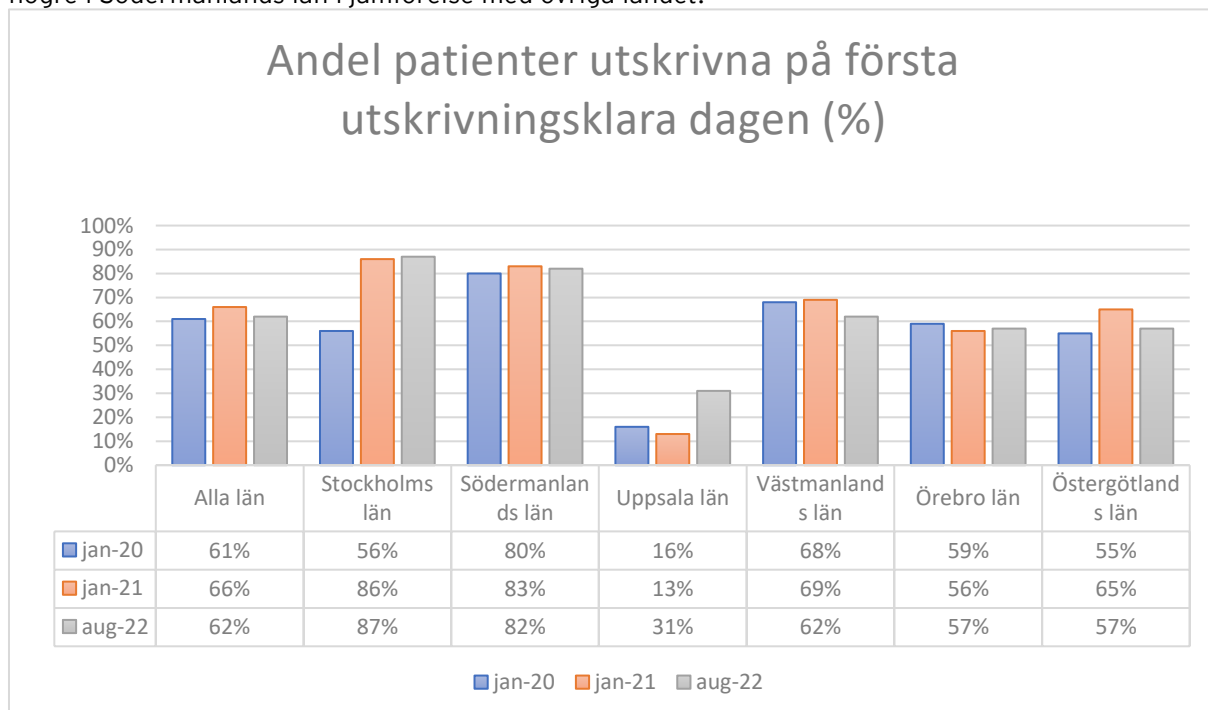
Trots det framgångsrika arbetet är medelvårdtiden som utskrivningsklar i den somatiska vården högre i Södermanlands län än övriga i landet. Observera att statistiken skiljer sig mot de resultat

som redogjordes i avsnitt 2.2 om betalningsansvar, eftersom betalningsansvarsgrundande dagar inte omfattar *nolldagen* och har bryttider vid klockslag.



Figur 4: Dagar i snitt, som visar medelvårdtiden som utskrivningsklar för de patienter som skrivits ut under månaden och som varit utskrivningsklara minst en dag. Källa: SKR Väntetider i vården.

Av redovisning framgår att andelen patienter som skrivits ut på första utskrivningsklara dagen är högre i Södermanlands län i jämförelse med övriga landet.



Figur 5: Andel patienter som skrivs ut på utskrivningsklardagen i förhållande till antal vårdtillfällen där patient varit utskrivningsklar 1 dag eller mer. Källa: SKR Väntetider i vården.

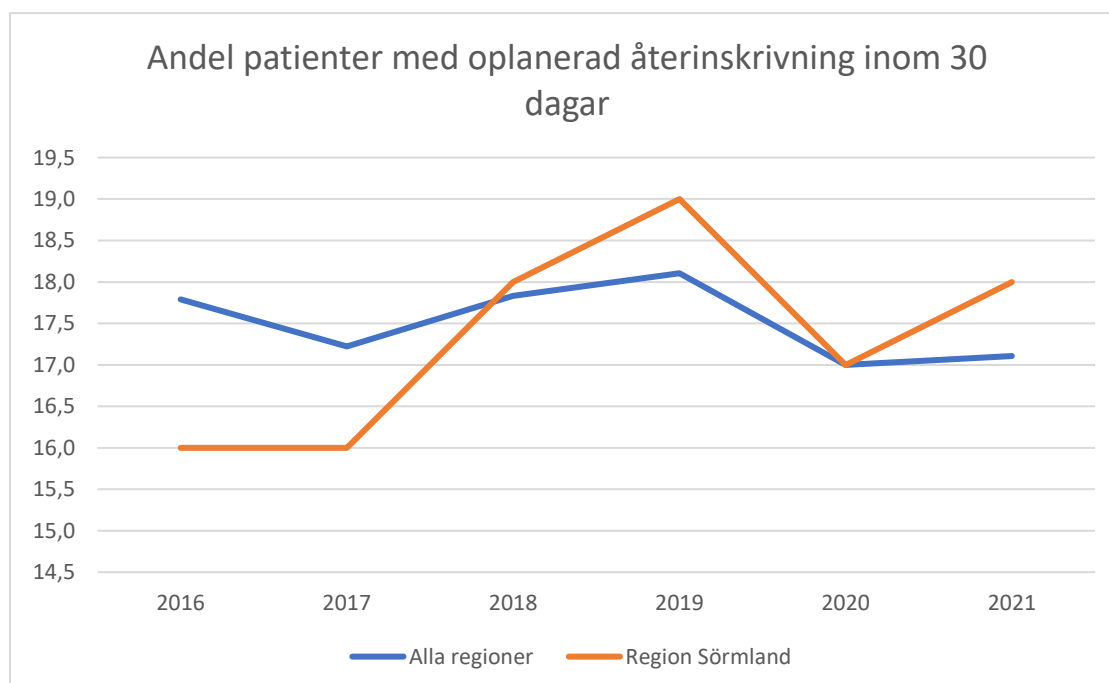
4.3 Arbete för att motverka undvikbara återinskrivningar är ett prioriterat område

Det framgår att parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutenvård. Genom god och säker läkemedelsbehandling och bedömning av hälsotillståndet hos individer i hemmet enligt systematisk bedömningsstruktur kan inskrivning i slutenvård undvikas. Parterna ska arbeta strukturerat med det vårdpreventiva arbetet men det är inte klarlagt vad det gemensamma arbetet ska leda till.

Samtliga intervjuade är eniga om att en god kvalitet i samverkan kring utskrivningsprocessen är ett av de viktigaste verktygen för att komma till rätta med undvikbara återinskrivningar i slutenvård. Upplevelsen av att utskrivningsprocessen *går för fort* och att aktörerna inte hinner säkerställa alla moment som de vet är kritiska för en trygg och effektiv utskrivning beskrivs av många som ett problem.

Det finns ett gemensamt arbetssätt för att bedöma förändrade hälsotillstånd hos patienter, SKILS. Metoden används av sjuksköterskor hos patienter i hemmet, i hemsjukvården, särskilda boenden, korttidsboenden och i regionens mobila verksamheter. Bedömningen ligger till grund för överrapportering till vårdcentralen, mobil läkare och eller akuten och ger ett underlag för nästa vårdgivare och för beslut om vårdnivå. När dessa kontroller sker i hemmet används övervakningsblad i hemmet som säkerställer att besök från annan verksamhet, ambulans eller mobilt team enkelt kan jämföras med aktuella värden, oberoende av tillgång till journal.

Tillgängliga data för andel patienter med oplanerade återinläggningar finns till och med 2021. I denna statistik tas ingen hänsyn till samsjuklighet, diagnosättning, utförd egenvård eller andra faktorer som försvårar tolkning. Det omfattar heller inte bara patienter som omfattats av LUS. Jämförelsen tyder på att det under senare år har skett en viss ökning av oplanerade återinläggningar 2021, och att det sedan 2018 sker fler återinskrivningar i Region Sörmland i jämförelse med övriga regioner.



Figur 6: Andel patienter 65 år eller äldre med oplanerad återinskrivning inom 30 dagar. Källa: Socialstyrelsen/Patientregistret via Socialstyrelsens data för jämförelser.

Inom ramen för den regionala samverkansstrukturen diskuteras undvikbara återinskrivningar, både utifrån avvikelser och genom att lyfta framstående exempel.

Beredningsgruppen äldre sammanställer årligen en skriftlig presentation redovisat som PowerPoint till Länsstyrgruppen. Där framgår bland annat analys av återinläggningar i respektive geografisk arbetsgrupp. Därutöver genomfördes mer ingående uppföljning av återinläggningar i Eskilstuna kommun, Nyköpings kommun, Oxelösunds kommun, Trosa kommun, Gnesta kommun samt Flens kommun under 2020. I sammanställningen finns ingen statistik på antalet eller andelen återinskrivningar av äldre patienter som skrivs ut. Det finns heller ingen beslutad målsättning som driver arbetet med att minska antalet återinskrivningar. Under Coronapandemin gavs mindre tid till uppföljningar pga. omprioriteringar av arbetsuppgifter. 2022 års uppföljning presenteras för Länsstyrgruppen under december månad.

I analysen av enskilda återinskrivningar mellan 2018 och 2021 framkommer bland annat:

- ▶ Viktigt med uppföljning från sjukhuset genom Webbkollen inom 24 timmar
- ▶ Sjukhuset måste förbättra sitt arbete med uppdrag till hemsjukvården
- ▶ Flera mycket komplexa fall där SIP saknades (många gånger säger patienten nej)
- ▶ Remiss till vårdcentral saknas ofta
- ▶ Stundtals bristfällig följsamhet mot riktlinjen
- ▶ Tveksamt om patienten verkligen är hemgångsklar
- ▶ Viktigt att utveckla den proaktiva processen
- ▶ Bättre möjlighet till snabba/akuta hembesök från läkare
- ▶ Öppenvården behöver bli mer delaktiga i hela utskrivningsprocessen
- ▶ Fler gula och röda processer behövs
- ▶ Bristande information till patient/kommun vid utskrivning
- ▶ Frågetecken inför öppenvårdens uppföljningsansvar om 7 dagar är för lång tid
- ▶ Behov av fler SIP:ar i hemmet
- ▶ Bättre uppföljning även vid grön process

Vi noterar att många av iakttagelserna är snarlika mot de observationer EY har gjort och presenterat i kapitel 3 i denna granskning. Att flera av iakttagelserna kvarstår sedan 2018 tyder på att eventuella åtgärder inte varit tillräckliga för att lösa problemen.

Bland de intervjuade framgår att arbete med att motverka undvikbara återinskrivningar i första hand är en del i det ordinarie kvalitetsarbetet. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att därmed säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja, lyfts av många fram som en central insats. Flera representanter från SÄBO och hemtjänst framhåller också insatser såsom fallprevention (utvecklas för närvarande inom alla *äldre*-arbetsgrupper) och samarbete med regionen för att nå ut med information till ineliggande patienter och anhöriga om vilka hjälpinsatser som finns att tillgå efter utskrivning. I intervjuer framkommer också att trygg hemgång används som metod i flertalet kommuner för att bland annat undvika återinskrivningar. Inom kommunerna utgörs trygg hemgång oftast av ett sammanhållet team som tar ett helhetsansvar för den enskilde och ger förstärkta insatser under högst två veckor. Som nämnts ovan har dock flera kommuner nyligen valt att avveckla trygg hemgång-verksamheten.

4.4 Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser

Det saknas direktiv kring hantering av eventuella avsteg eller avvikelser från parternas åtaganden i den länsgemensamma överenskommelsen och riktlinjen.

Avvikelser som är avgränsade till enskilda patientfall rapporteras enligt etablerade rutiner i respektive verksamhet. Det innebär i regel direkt kontakt mellan de berörda enheterna. Det saknas ett gemensamt system för att rapportera avvikelser. Avvikelser rapporteras på pappersblanketter som skickas till berörd verksamhet. Detta innebär att det inte går att få en samlad bild över inrapporterade avvikelser varken sett till antal eller innehåll. Kommunerna påpekar att sjukhusen svarar på få avvikelser och svaren i förekommande fall är ofullständiga och sker efter lång tid. Konsekvensen blir att tröskeln för att rapportera är hög och att det sannolikt finns ett stort mörkertal av ej rapporterade avvikelser. Det pågår ett projekt med test av ett gemensamt

avvikelse-system mellan två kommuner och regionen, där beslut om ytterligare utvidgning och implementering i samtliga kommuner under 2023 ska tas i Länsstyrgruppen i december 2022.

Rutinerna ser olika ut mellan de granskade verksamheterna men i regel hanteras dessa avvikelserapporter av berörd medarbetare, ansvarig enhetschef eller av MAS, MAR, utskrivningsledare eller utskrivningssamordnare dels i den aktuella situationen, dels på en sammanställd nivå i lokala samverkansforum. Förekomsten och strukturen för sådana forum skiljer mellan kommunerna och vissa har en nära dialog med sjukhus och vårdcentral, andra inte.

I länet finns ett nätverk där samtliga kommuners medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ingår. Nätverken är generella forum för erfarenhetsutbyte men frågor som rör samverkan och patientsäkerhetsarbete är frekvent förekommande. I forumet lyfts särskilda exempel för diskussion, positiva och negativa, inte en komplett översyn av avvikelser. Möten ska ske en gång per månad.

5. Svar på revisionsfrågorna

I detta avsnitt presenteras sammanfattande svar på revisionsfrågorna för de nämnder och styrelser som varit föremål för granskning. I tabellen längre ner framgår även viss partsspecifik information av sådan detaljnivå att den inte varit relevant att ta upp i den samlade rapporten men som vi bedömer kan vara av intresse för respektive kommuns egen revisionsgrupp.

Revisionsfråga	Bedömning
<p>▶ Är den beslutade "Överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård" ändamålsenlig?</p>	<p>Ja. Genom införandet av LUS har det tillkommit lagstadgade krav och tydligare former för hur regionen och kommunerna ska skapa en effektivt sammanhållen planeringskedja som bidrar till kortare väntetider i vården. Vår bedömning är att överenskommelsen är ändamålsenlig och säkerställer att lagstiftningen omsätts i lokala mål med tydlig ansvarsfördelning. Inga förändringar har skett i dessa avseenden under revisionsåret 2022.</p>
<p>▶ Är de beslutade riktlinjerna "Trygg hemgång och effektiv samverkan - riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland" ändamålsenliga?</p>	<p>Delvis. Av LUS framgår att region och kommuner gemensamt ska utarbeta kompletterande riktlinjer till lagstiftningen. Sådana riktlinjer har utarbetats och vi bedömer att de på ett rimligt sätt omsätter lagstadgade krav i en tydlig process på operativ nivå. Vi har noterat ett antal situationer där samverkan tenderar att brista, till följd av endera bristande implementering av riktlinjen eller tolkningsproblem. Dessa redogörs för i detalj i rapportens tredje kapitel. De huvudsakliga åtgärderna för att komma till rätta med dessa brister bedömer vi är: förenkling eller förtydligande av de olika processfärgsflödena i riktlinjen, situationsanpassat metodstöd, kunskaphöjande insatser samt ett metodikarbete för att säkra en bättre framförhållning.</p>
<p>▶ Är roller och ansvarsfördelning tydliga vad gäller samverkan mellan slutenvård, primärvård respektive social omsorg?</p>	<p>Delvis. Vi bedömer att roller och ansvarsfördelning i stort är tydliga men att kunskapen om dessa brister vilket skapar flera problem i processen.</p> <p>Regionen och kommunerna har specificerat ansvarig aktör för varje aktivitet i utskrivningsprocessen. Vi noterar att matrisuppdelningen riskerar medföra att de olika aktörerna huvudsakligen fokuserar på sin egen del av samverkan och att helhetsperspektivet utifrån patientens hela resa genom vårdkedjan åsidosätts. Granskningen tyder också på att bedömningen av processfärg inte sker konsekvent och med samsyn mellan aktörerna, vilket leder till konflikter kring vilka aktiviteter som ska genomföras och av vem.</p> <p>En vanlig orsak till bristande kunskap om ansvarsfördelningen är när personalkontinuiteten brister - vilket förekommer hos samtliga aktörer och över tid i varierande omfattning. Det kan hända vid personalomsättning och vakanser, men också i samband med sommarssemestrar, helger eller utanför ordinarie arbetstid. Vi noterar samtidigt att både region och kommuner har vidtagit åtgärder för att säkra processen genom särskilt ansvariga funktioner.</p> <p>Granskningen pekar också på att bristande kunskap om varandras roller och uppdrag i det dagliga arbetet påverkar utskrivningsprocessen. I granskningen framkommer det att en särskilt problematisk konfliktyta bottenar i läkarnas kunskap och förväntningar gällande uppdrag, kompetens och resurser inom kommunernas korttidsboenden. Det får konsekvenser för hur snabbt patienternas bedöms vara utskrivningsklara, och det leder också till följdkonflikter mellan kommun och patient/anhöriga.</p>
<p>▶ Säkerställer regionen och kommunerna att slutenvård, primärvård respektive social omsorg tar sitt ansvar för</p>	<p>Delvis. I merparten av alla utskrivningsärenden finns en god och välfungerande samverkan, men vissa situationer och omständigheter leder återkommande till problem och det är dessa vi främst uppmärksammar genom rapporten.</p>

Revisionsfråga	Bedömning
<p>Samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?</p>	<p>NSV och den regionala samverkansstrukturen har säkerställt att det finns riktlinjer för utskrivningsprocessen. Regionstyrelsen och ansvarig nämnd i respektive kommun har tillsett nödvändiga organisatoriska anpassningar och även säkrat att privata utförare av vård och omsorg (i förekommande fall) omfattas i samverkan genom riktlinjer, regler och avtal. Att kommunen för många patienter ansvarar för insatser både enligt SoL och enligt HSL medför att den interna samverkan blir lika viktig som den externa. Vi noterar att det i vissa fall kan vara en utmaning som påverkar förmågan att samverka med andra. Vissa kommuner har nyligen valt att införa <i>trygg hemgångsteam</i> eller motsvarande medan andra istället har avvecklat detta. Inom sjukhusen förekommer varierande rutiner mellan avdelningarna i vilka forum utskrivningspatienter diskuteras och hur kommunikation mellan utskrivningssamordnare och sjuksköterskor, läkare och arbetsterapeuter säkerställs. Ett övergripande problem för samtliga aktörer är att en pressad kompetensförsörjningssituation och hög personalomsättning leder till svårigheter att upprätthålla rutiner och arbetssätt.</p> <p>Regionen har säkerställt att det finns tillgängliga IT-stöd för att informationsöverföring ska fungera bra, både genom ärendehantering i Prator och genom säkra system för digitala planeringsmöten över videolänk. Vi noterar dock att en stor del av kontakten förefaller ske över telefon, alternativt sker via Prator när den borde ha skett över telefon. Att kommunerna har olika rutiner och behörighetsstrukturer försvårar för de specialistmottagningar som har stort geografiskt upptagningsområde. Att inkludera rehabiliteringen i tidigt skede och att säkerställa att rätt kunskap förs över till exempelvis hemtjänstens nattpatrull är återkommande utmaningar.</p> <p>Kunskapen om riktlinjerna och om varandras uppdrag, förutsättningar och lagstiftningar behöver stärkas. Vi bedömer det därför vara aktuellt att regionstyrelsen och ansvariga nämnder säkerställer utbildningsinsatser och stödmaterial för att underlätta utskrivningsprocessen. Detta bör ske i samverkan med NSV som redan tillhandahåller visst metodstöd genom <i>Samverkanswebben</i>. Det som främst efterfrågas i intervjuer är checklistor eller processbeskrivningar riktade till specifika yrkesgrupper, samt utförligare vägledning i vanliga problemsituationer (exempelvis utskrivning efter kontorstid eller vid semesterperioder).</p>
<p>► Säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?</p>	<p>Delvis. Enligt patientlagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Likväl bygger socialtjänstlagen på frivillighet och delaktighet. I granskningen noterar vi att SIP endast genomförs i en liten andel av samordnade utskrivningar. Genom att säkerställa att SIP sker i större omfattning kan regionen på ett strukturerat sätt förvissa sig om att patienten och närstående kan vara delaktiga i utformningen av utskrivningsprocessen och den efterföljande vården. Patienten har nära kontakt med medarbetare inom slutenvården under pågående vårdtillfälle men liten eller ingen kontakt med sin fasta vårdkontakt före hemgång. Vi bedömer dock att det finns goda rutiner för uppföljning efter vårdtillfället och för trygghetsskapande samtal, genom vilket behov av ytterligare samordning kan identifieras.</p>
<p>► Finns mål för samverkan i utskrivningsprocessen på individnivå och övergripande nivå?</p>	<p>Delvis. I överenskommelsen om samverkan finns två övergripande mål:</p> <p><i>Genom ett tillitsfullt samarbete med individens bästa i fokus:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ► känner sig sörmlänningen trygg och självständig efter slutenvård ► är vård- och omsorgsprocessen i Sörmland effektiv <p>Det saknas närmare definitioner av vad effektiv innebär. Kommunerna hänvisar i regel till oskrivna mål om att undvika betalningsansvar (genomsnitt</p>

Revisionsfråga	Bedömning
	<p>3 dagar efter utskrivningsklar) men samtliga ligger långt under detta måttal. Det kan finnas skäl för ansvariga nämnder att överväga vilken tidsrymd som ger bäst effekt sett till både kostnadseffektivitet och vårdkvalitet.</p> <p>De övergripande målen omsätts för varje enskild individ. Det uttrycks inte i form av definierade <i>individmål</i>, utan genom att det för varje patient ska finnas ett preliminärt utskrivningsdatum att förhålla sig till och en plan för samordning av utskrivningen. Med utgångspunkt i stödbehov upprättas en gemensam plan för utskrivningen och tiden därefter men förhållningssätt och tidshorisont för detta varierar beroende på patientens situation och behov.</p> <p>På lokal nivå varierar formerna för styrning av arbetet med utskrivningsprocessen. I ett fåtal av de granskade kommunerna har specifika mål eller indikatorer beslutats av kommunfullmäktige eller ansvarig nämnd. I dessa kommuner har särskilda utvecklingsaktiviteter initierats på politisk nivå under 2022.</p>
<p>► Säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och respektive kommuns behov?</p>	<p>Ja. Regionen sammanställer och förmedlar statistikuppgifter kopplade till LUS och har en central roll i att möjliggöra för både de egna verksamheterna och kommunerna att löpande följa sina resultat. Förvaltningen följer själva upp resultaten månadsvis och gör jämförelser mellan olika kommuner och mellan olika tidsperioder. Fokus i uppföljningen ligger på statistik relaterad till betalningsansvaret och till beläggning av vårdplatser. De granskade nämnderna tar i regel inte del av dessa uppgifter. Återrapportering till nämnd sker på förekommen anledning, vid större förändringar eller problem. Trygghet följs upp genom uppföljande samtal med patienten men har inte sammanställts på aggregerad nivå specifikt för utskrivningsprocessen.</p> <p>Vi noterar att uppföljning av samverkansöverenskommelsen enligt överenskommelsen ska följa särskild plan, men sådan plan saknas. Under 2022-2023 pågår det dock inom regional samverkansstruktur ett omfattande arbete med att se över överenskommelse och riktlinjer vilka vi bedömer är likvärdiga med en sådan uppföljning.</p>
<p>► Säkerställer regionen att fasta vårdkontakter har de förutsättningar som krävs för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt patientlagen?</p>	<p>Nej. För att ge äldre och multisjuka förutsättningar att bibehålla hälsa, självbestämmande och integritet samt bidra till att den sjuke och dennes närstående kan känna trygghet i vardagen samt i kontakt med vården finns funktionen samordningssjuksköterska. På samtliga vårdcentraler som omfattats av denna granskning ansvarar samordningssjuksköterskor för att vara fast vårdkontakt även åt andra patienter som omfattas av LUS. Detta är förenligt med lagstiftningen som medger att varje region utfärdar direktiv kring hur fast vårdkontakt utses, vilken personal som kan ta på sig uppdraget och vilken typ av uppgifter som ska ingå.</p> <p>Vi noterar dock att samordningssköterskan kan vara fast vårdkontakt till ett mycket stort antal patienter. Uppdraget beskrivs vara en i huvudsak administrativ lösning. Den centrala arbetsuppgiften är att ringa uppföljningssamtal till patienten. Övriga aktörer beskriver att primärvården i stor utsträckning har en frånvarande eller passiv roll i samverkansprocessen kring utskrivning. Vi noterar också att den fasta vårdkontakten vanligen utses utan att patienten har kännedom om detta. Vår bedömning är utifrån det att samordningssjuksköterskor inte har de förutsättningar som krävs för att stärka patientens trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt patientlagen.</p>
<p>► Tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar</p>	<p>I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ kopplade till att förebygga undvikbara inskrivningar och återinskrivningar, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.</p>

Revisionsfråga	Bedömning
för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	Regionstyrelsen bör överväga om det finns ett värde att samordna uppföljning av dessa initiativ i syfte att identifiera framgångsfaktorer och insatser som bör implementeras på bredare front.
<ul style="list-style-type: none"> Säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte? 	<p>Delvis. Det saknas ett gemensamt systemstöd för rapportering av de avvikelser som uppstår i utskrivningsprocessen. Mot bakgrund av de redogörelser och exempel vi tagit del av i granskningens intervjuer är vår bedömning att antalet inkommande avvikelserrapporter med anledning av brister i samverkan vid utskrivning enbart utgör ett fåtal av de avvikelser som sker. Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering inom såväl Region Sörmland som inom kommunerna. Förväntningar om åiterrapportering av vidtagna åtgärder vid mottagna avvikelser bör stärkas, då det finns en utbredd bild av att bristen på återkoppling har lett till att kommunerna rapporterar mindre.</p> <p>Diskussioner kring avvikelser lyfts i många olika forum, både lokalt mellan enskild kommun och sjukhus/vårdcentral och i professionsnätverk samt inom ramen för den regionala samverkansstrukturen.</p>

Särskilda noteringar gällande specifika kommuner	
Eskilstuna	<p>Eskilstunas kommunfullmäktige har beslutat om att all vård och omsorg ska upplevas samlad, tillgänglig och nära. Genom samverkan med regionen och Mälardalens universitet fortsätter utvecklingen av såväl stärkt kvalitet i verksamheterna som förebyggande och hälsofrämjande insatser. Målet är alltid att stärka självständigheten utifrån individens egna förutsättningar</p> <p>I vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan framkommer att vård- och omsorgsförvaltningen vidareutvecklar intensiv habilitering/rehabilitering inom ramen för Intensiv hemrehabilitering (IHR) och Intensiv rehabilitering i samverkan (IRIS). Likaså fortsätter förvaltningen att vidareutveckla arbetssätt inom ramen för trygg och effektiv utskrivning. Bland annat finns en samordnande koordinator med ansvar för samverkan mellan kommunen och regionen vid in- och utskrivningar.</p> <p>Eskilstuna kommun har tillsammans med Region Sörmland sedan år 2018, via vård- och omsorgsnämnden/vård- och omsorgsförvaltningen, ett fördjupat samarbete kring äldre i Eskilstuna och äldres behov av vård och omsorg i linje med omställningen till Nära vård. Här ingår ett Nära vård-team som ska effektivisera utskrivningsprocessen och stärka patientperspektivet i syfte att undvika återinskrivningar.</p> <p>I Eskilstuna kommun finns inga privata utförare av hemtjänst. Det finns tre vård- och omsorgsboende i privat regi.</p> <p>Samverkan med Mälarsjukhuset beskrivs huvudsakligen vara välfungerande. Brister i samverkan förekommer vid olika tolkningar av färgprocesser, vid stora personalomsättningar, i kommunikationen och avsaknad av förståelse av varandras uppdrag. Dessa brister diskuteras i samverkansforum mellan kommunen och sjukhuset.</p>
Flen	<p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att Flen kommun ska vara ett nav i den nya region Sörmland och vara drivande för att hitta nya sätt att lösa framtidens utmaningar. Flens kommun står inför ett ökat plats- och resursbehov inom äldreomsorgen. Kommunen behöver därför färdigställa fler platser i särskilda boenden och öka tillgången av mellanboenden för äldre. Socialnämnden har inte angivit särskilda mål eller uppdrag kopplat till trygg och effektiv utskrivning.</p>

	<p>Det finns inga privata utförare. Tryggt hemgångsteam har funnit tidigare, men avvecklats då det inte har fallit så väl ut som planerat. Det pågår vid granskningens tillfälle en översyn av organisationen. Det beskrivs av vissa intervjuade finnas en önskan om att återinföra ett tryggt hemgångsteam.</p> <p>I Flens kommun beskrivs personalomsättning och bristande kompetensförsörjning vara en stor utmaning för en ändamålsenlig utskrivningsprocess då samverkan i stor utsträckning blir personbunden. Underbemanning beskrivs vara den främsta orsaken till att hemgångsteamet avvecklades. Överföringen av kommunikation från slutenvården lyfts därutöver som ett problem vid flera intervjuer. Likväl att få SIP:ar upprättas, varför patientens delaktighet blir lidande i utskrivningsprocessen. Brister i samverkan förekommer också vid olika tolkningar av färgprocesser.</p> <p>Samverkansmöten mellan utskrivningssamordnare, deltagare från hemsjukvård, biståndshandläggare och vårdcentraler äger rum kontinuerligt. Vid dessa möten behandlas bland annat avvikelser och framgångsrika utskrivningar.</p>
Gnesta	<p>Kommunfullmäktige har beslutat om det övergripande målet om en trygg vård och omsorg av hög kvalitet som utformas i nära samverkan med brukare och personal.</p> <p>Kommunen har till följd av sin ringa storlek inga särskilda handläggare eller sjuksköterskor som arbetar med utskrivningsprocessen. Diskussioner har förts om att eventuellt införa en samordningsfunktion. Brister i kommunikationen mellan olika enheter har skett och upplevs kvarstående av de tillfrågade utförarenheterna. Kommunen har särskilt arbetat för att stärka dialogen med den enda förekommande privata utföraren av hemtjänst.</p> <p>Samverkan med sjukhusen upplevs ojämnt fungerande beroende på vilken sjukhusavdelning som berörs.</p>
Katrineholm	<p>Kommunfullmäktige har beslutat att ett övergripande mål är att kommunens samverkan med regionen fortsätter att utvecklas med utgångspunkt från den nationella överenskommelsen om att vidareutveckla den nära vården. Målet är en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, vilket bland annat innebär att brukare ska få mer vård utförd i hemmet och slippa onödiga inläggningar på sjukhus.</p> <p>Kommunen har ändrat sina arbetssätt för att kunna hantera snabbare utskrivningar. Ett särskilt vårdplaneringsteam hanterar all kontakt med sjukhusen. Interna rutiner finns för att tydliggöra samarbetet mellan biståndsenhet och hemsjukvård. Under 2017-2018 testades ett särskilt hemgångsteam, men den ojämna beläggningen var svår att hantera och det upplevdes också orättvist från de privata utförarna att kommunen automatiskt tog hemgångspatienter i två veckor. Kommunen har LOV-utförare och i förfrågningsunderlaget finns krav på mottagningstimme där både hemtjänst och rehabilitering möter upp vid hemgång. Att kommunikationen når ut till alla hemtjänstenheter i god tid lyfts dock som en utmaning.</p> <p>Överföringen av kommunikation från slutenvården lyfts som ett problem vid flera intervjuer. I Västra länsdelen har det startats en samverkansgrupp där vårdplanerarna från Katrineholm ingår tillsammans med utskrivningssamordnare från Kullbergska. Samverkan med primärvården kring patienter som <i>inte</i> har hemsjukvård lyfts fram som ett särskilt problem; mellan hemsjukvård och primärvård finns bättre samverkan.</p>
Nyköping	<p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att de sociala insatserna ska främja medborgarnas trygghet, jämlikhet och aktiva deltagande i samhällets gemenskap. Verksamheten ska bedrivas rättssäkert med individen i fokus och i god samverkan med andra myndigheter, ideella krafter och anhöriga. Personalen är verksamheternas viktigaste resurs som tillsammans med välfärdsteknik ska klara ett av samhällets viktigaste uppdrag för ett socialt och ekonomiskt hållbart Nyköping.</p> <p>I maj 2022 startades ett hemgångsteam. Formen för teamet samt dess professioner finns på plats. Under sommaren 2022 fick detta team dock ställa om och utföra andra prioriterade områden inom hemtjänsten såsom framför allt delegeringsuppdrag.</p>

	<p>I Nyköpings kommun finns en gemensam äldreomsorg där myndighetskontoret är införlivat i verksamheten. Det finns särskilda biståndshandläggare som jobbar med utskrivningsprocessen, vilket är igång efter sommaren igen, och samtliga utskrivningar kommer från Nyköpings lasarett. Det finns tre privata särskilda boenden och tre privata hemtjänstutförare. Kommunen har haft svårigheter att bemanna samtliga professioner senaste 1,5 året, vilket påverkat kompetensen och erfarenheten, då många i personalen är nya.</p> <p>Intervjuade upplever bristande samverkan både inom den egna verksamhetens funktioner, till exempel mellan biståndshandläggare och hemtjänst samt med sjukhuset där olika uppfattningar om färgprocessen bidrar med svårigheter i utskrivningsprocessen. Samtliga intervjuade upplever dock att patienter är i sämre skick vid utskrivning än tidigare.</p>
Oxelösund	<p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att det är värdigt, tryggt och säkert att åldras i Oxelösund. I Oxelösund innebär det att äldre med behov av stöd erbjuds möjlighet att bo kvar i egen bostad och att äldre har inflytande över hur beviljade insatser utförs. Insatser till äldre ska vara av god kvalitet, individinriktade samt ges med gott bemötande.</p> <p>Enligt nämndens verksamhetsplanering pågår det en översyn inom länet ifall ett länsövergripande verksamhetssystem skulle kunna införas i alla nio kommunerna inom vård- och omsorgsområdet. Syftet är att på ett enklare sätt kunna synka med varandra och regionen.</p> <p>I Oxelösunds kommun finns inga privata utförare av hemtjänst. Kommunen hade ett Tryggt hemgångs-team tidigare, men avvecklade det under våren 2022 på grund av att en ny hemtjänstorganisation infördes under hösten 2021. Numera jobbar alla efter den metoden, men det finns inget särskilt team. På grund av högt tryck har det varit stopp på korttidsboendet och kommunen har behövt köpa korttidsplatser externt.</p> <p>Tidigare har det funnits en Prator-kordinator på 50%. Den funktionen försvann för en tid sedan, men den är saknad och det kommer tillsättas en liknande tjänst på biståndskontoret. Det har funnits en hög personalomsättning bland biståndshandläggare och sjuksköterskor vilket påverkar att processen med utskrivning stannar upp. Intervjuade uppger att kontakten med Nyköpings lasarett varierar beroende på avdelning. Det framkommer även att kontakten och informationsutbytet mellan personalgrupperna inom kommunen är bristfällig.</p>
Strängnäs	<p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att i Strängnäs kommun erbjuds välfärdstjänster av god kvalitet som utgår från invånarnas behov. Samverkan mellan kommun och region är grunden för att möta vårdbehovet hos äldre. Insatserna kan vara komplexa och kräver att Strängnäs kommun har kompetent och utbildad personal för att kunna genomföra insatserna.</p> <p>Personalsituationen i kommunen är ett genomgående tema som framkommer av intervjuerna. Biståndsenheten har för närvarande svårt att mäta med sitt uppdrag. Ett stort ansvar ligger istället på samordningsfunktionen inom hemtjänsten att hantera kontakt med sjukhus och hemsjukvård. Hemsjukvården har stor brist på sjuksköterskor. Brist på korttidsplatser inom kommunen uppger leda till många återinläggningar. Samverkan uppger vara personbunden och svår att upprätthålla inom enheter med hög personalrörlighet.</p>
Trosa	<p>I kommunfullmäktiges mål- och budget framgår att kommunens verksamhet ska präglas av ett helhetsperspektiv och bygga på samordning / samverkan mellan resurser inom och utom kommunen. Kommunen ska uppmuntra samarbete, okonventionella och alternativa lösningar.</p> <p>En platssamordnare har införts för särskilda boenden/korttidsboenden, vilket uppger ha underlättat den interna kommunikationen mycket. Kommunen har sedan tillståndsplikten infördes inom hemtjänst inte längre några privata aktörer verksamma. Det är för närvarande en god bemanningssituation avseende sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast.</p>

	<p>Arbete pågår med att starta upp "intensiv hemrehabilitering" som kommer att omfatta en liten del av LUS-patienterna. Tidigare satsningar på tryggt hemgångsteam har avvecklats då de bedöms vara mycket resurskrävande.</p> <p>I Trosa uppger intervjuade att det finns en god relation till Nyköpings lasarett, vilket hanterar cirka 90 % av patienterna från kommunen, men att relationerna till övriga sjukhus inte är lika utvecklade. En hög läkarkontinuitet vid vårdcentralen i Trosa har bidragit positivt till kommunens arbete, men intervjuade problematiserar att läkarnärvaron ofta är över telefon och inte hos patienten.</p>
Vingåker	<p>Vingåkers kommunfullmäktige har beslutat om det övergripande målet att boende och verksamma i Vingåkersbygden upplever att livskvaliteten är hög, inklusive tillgången till kommunal service. I övrigt finns inga målsättningar kopplade till utskrivningsprocessen varken från fullmäktige eller ansvarig nämnd.</p> <p>Vingåker har inte behövt göra några stora anpassningar för att den egna organisationen ska kunna implementera den länsgemensamma riktlinjen. All verksamhet bedrivs i kommunal regi och i samma förvaltning vilket underlättar kommunikationen. Kommunen har tidigare provat särskilda <i>trygg hemgång</i>-team men avvecklat det då patientvolymen är för liten för att ett dedikerat team ska vara rimligt belagda med arbete varje vecka. Från hemtjänsten framförs önskemål om att bli involverade tidigare i planeringsprocessen inför hemgång.</p> <p>Intervjuade upplever att kontakterna med Kullbergsska sjukhuset fungerar bra men att det är svårare vid andra sjukhus där utvecklade relationer saknas. Informationsöverföringen i Prator är svag, mycket telefonkontakter krävs. Tillsammans med Kullbergsska pågår ett särskilt projekt kring nära vård.</p>

6. Bilagor

Dokumentförteckning

- ▶ Eskilstuna kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Eskilstuna Kommun 2021*, (VON/2022:10).
- ▶ Eskilstuna kommun, *Upphandlingsdokument (IEN 19.054) 2019-12-18*.
- ▶ Eskilstuna kommun, *Vård- och Omsorgsnämndens verksamhetsberättelse 2021 och slutrapport för internkontroll 2021*.
- ▶ Eskilstuna kommun, *Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan och Internkontrollplan 2022 (VON/2021:36) 2021-12-07*.
- ▶ Eskilstuna kommun, *Årsplan 2022*
- ▶ Flen kommun, *Nämndplan 2020-2023 med budget 2020 - Socialnämnden*.
- ▶ Flen kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Flens kommun 2021 (SN/2022:16)*.
- ▶ Flen kommun, *Strategisk plan 2020-2023 med budget 2022*.
- ▶ Flen kommun, *Årsuppföljning av ekonomi, mål och uppdrag 2021 - Ekonomisk uppföljning*.
- ▶ Gnesta kommun, *Framtidsplan 2022-2024 - För Gnesta kommun*.
- ▶ Gnesta kommun, *Framtidsplan 2022-2024 - För Socialnämnden*.
- ▶ Gnesta kommun, *Förfrågningsunderlag hemtjänst enligt LOV - Gnesta kommun*.
- ▶ Gnesta kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Gnesta kommun år 2021 (SN.2022.16)*
- ▶ Gnesta kommun, *Årsredovisning 2021 - Uppföljning av Framtidplan 2021-2023 för Socialnämnden (SN.2022.13)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Förfrågningsunderlag - Valfrihetssystem för brukare enligt lagen om valfrihet - Hemtjänst (VON/2020:40-711)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Hälsa & trygghet - Övergripande plan med budget 2022-2024*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Nämndplan med budget - Vård- och omsorgsnämnden 2022 (VON/2021:47-042)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Patientsäkerhetsberättelse 2021 (VON/2022:8-8.2.3)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Planering 2022 - Vård- och omsorgsförvaltningen*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Årsredovisning 2021 - Vård- och omsorgsnämnden (VON/2021:49-041)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Budget 2022 med flerårsplan 2023-2024 (KK21/7)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Delårsrapport 2022 - Vård- och omsorgsnämnden*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Detaljbudget 2022 - Vård - och omsorgsnämnden. Excelfil*
- ▶ Nyköpings kommun, *Förfrågningsunderlag för bedrivande hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem (giltig från 2022-05-01)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Rapport - Patientsäkerhetsberättelse 2021 (VON 22/13)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Verksamhetsberättelse 2021*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Flerårsplan 2022-2024 (KS/2021:34-0061)*
- ▶ Strängnäs kommun, *Förfrågningsunderlag - valfrihet inom hemtjänst 2021 (SN/2020:614-059)*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Patientsäkerhetsberättelse Socialkontoret i Strängnäs kommun år 2021 (SN/2022:7)*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Verksamhetsplan 2021-2023 - Socialnämnden (SN/2020:586-012)*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Verksamhetsplan 2022-2024 - Socialnämnden (SN/2021:240-012)*
- ▶ Strängnäs kommun, *Årsrapport 2021 - Socialnämnden (SN/2022:66)*
- ▶ Trosa kommun, *Avtalsmall - hemtjänst enligt LOV*.
- ▶ Trosa kommun, *Bokslut 2021 - Vård- och omsorgsnämnden*.
- ▶ Trosa kommun, *Budget 2022 med flerårsplan 2023-2024 (dnr 1991-00085)*.
- ▶ Trosa kommun, *Förfrågningsunderlag - hemtjänst enligt LOV (VON 2021/36)*.
- ▶ Trosa kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Trosa kommun vård och omsorg 2021 (VON 2022/18)*.
- ▶ Vingåker kommun, *Kommunplan med budget 2022 - Flerårsplan 2023-2024*.
- ▶ Vingåker kommun, *Nämndplan för Socialnämnden i Vingåkers kommun 2022-2023*.
- ▶ Vingåker kommun, *Patientsäkerhetsberättelse år 2021*.
- ▶ Vingåker kommun, *Verksamhetsberättelse 2021 - Socialnämnden*.

- ▶ Oxelösund kommun, *Mål- och budget 2022-2022.*
- ▶ Oxelösund kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Oxelösunds kommun år 2021.*
- ▶ Oxelösund kommun, *Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan 2022-2024.*
- ▶ Oxelösund kommun, *Vård- och omsorgsnämndens årsredovisning 2021.*
- ▶ Region Sörmland, *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län (2009)*
- ▶ Region Sörmland, *Beslutsstöd SKILS. Bildmaterial*
- ▶ Region Sörmland, *Medicinsk rutin - Rutin för bifogande av fil vid fristående meddelande i Prator i Region Sörmland (MED19-2846)*
- ▶ Region Sörmland, *Rutin för att hantera informationsflöde i Prator. (uppdaterad 2018-08-23)*
- ▶ Region Sörmland, *Rutin för bifogande av fil vid fristående meddelanden i Prator - Landstinget Sörmland.*
- ▶ Region Sörmland, *Rutin för palliativ vård på primärvårdsnivå i Region Sörmland och länets kommuner. (beslutad 2021-08-18).*
- ▶ Region Sörmland, *Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2022 (RS-LED21-2443).*
- ▶ Region Sörmland, *Samverkansriktlinjer enligt 3 f HSL, 2 kap. 7§ SoL och SOSFS 2007:10/2008:20.*
- ▶ Region Sörmland, *Säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning.*
- ▶ Region Sörmland, *Trygg hemgång och effektiv samverkan - Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland. (reviderad 2020-03-09)*
- ▶ Region Sörmland, *Överenskommelse angående ansvarsfördelning mellan primärvårdsnivå i kommun och landsting och Habiliteringsverksamheten (HH-HOH10-064 PVN-HSF12-048)*
- ▶ Region Sörmland, *Överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård (NSV16-0028-15)*

Intervjuförteckning

Region Sörmland

Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör
Divisionschef primärvård
Verksamhetschef läns-gemensamt regionalt stöd
Verksamhetschef patientsäkerhetsenheten
Närvårdskordinator äldre norra länsdelen
Närvårdskordinator äldre södra länsdelen
Närvårdskordinator äldre västra länsdelen
Chefläkare Mälarsjukhuset (två)
Chefläkare Nyköpings lasarett (två)
Utskrivnings-samordnare Mälarsjukhuset (fyra)
Utskrivnings-samordnare Nyköpings lasarett (tre)
Verksamhetschef vårdcentral Nävertorp
Katrineholm
Verksamhetschef vårdcentral Bagaregatan
Nyköping
Verksamhetschef vårdcentral Malmköping
Verksamhetschef vårdcentral Torshälla
Samordnings-sjuksköterska vårdcentral
Nävertorp Katrineholm

Eskilstuna kommun

Verksamhetschef äldreomsorg
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR)
Enhetschef hemtjänsten
Enhetschef vård- och omsorgsboende
Biståndshandläggare - teamledare

Flens kommun

Socialchef
Äldreomsorgschef
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Enhetschef hemtjänsten
Enhetschef korttidsboende
Enhetschef biståndsenheten
Biståndshandläggare

Gnesta kommun

Socialchef
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering
(MAR)
Enhetschef hemtjänsten (svarat skriftligt)
Enhetschef korttidsboende (svarat skriftligt)
Biståndshandläggare

Katrineholms kommun

Socialchef

Medicinskt ansvarig sjuksköterska
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering
(MAR)
Enhetschef hemtjänsten
Enhetschef särskilt boende/korttidsboende
(svarat skriftligt)
Arbetsterapeut inom hemsjukvården
Enhetschef biståndshandsenheten

Nyköpings kommun

Verksamhetschef äldreomsorg
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering
(MAR)
Enhetschef hemtjänsten
Enhetschef korttidsboende
Biståndshandläggare

Oxelösunds kommun

Socialchef
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering
(MAR)
Enhetschef hemtjänsten (svarat skriftligt)
Enhetschef särskilt boende (svarat skriftligt)
Utvecklingschef biståndsenheten

Strängnäs kommun

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Enhetschef hemtjänsten
Kommunal samordnare hemtjänsten
Biståndshandläggare

Trosa kommun

Vård- och omsorgschef
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
Enhetschef hemtjänsten
Biståndshandläggare
Enhetschef vård- och omsorgsboende

Vingåkers kommun

Socialchef
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering
(MAR) (svarat skriftligt)
Enhetschef hemtjänsten (svarat skriftligt)
Enhetschef särskilt boende/korttidsboende
(svarat skriftligt)
Biståndshandläggare

Vård- och omsorgsnämnden

Sammanträdesdatum

2023-03-28

(3)

Dnr VON.2023.2

Delgivningar

Vård- och omsorgsnämndens beslut

Delgivningarna läggs till handlingarna.

Delges:

Revisorerna

2023-02-15

Missiv - Förstudie rörande barnperspektivet i kommunens beslutsfattande
Granskningsrapport - Förstudie rörande barnperspektivet i kommunens beslutsfattande

Kommunstyrelsen

2023-03-15

Protokollsutdrag Ks § 51 - Rapport om att kartlägga och vidta åtgärder avseende personalomsättning

Dagens sammanträde

Framskrivet förslag

Förslag

Beslutsgång

Reservation

Beslut till:

Revisorerna

Till:
Kommunstyrelsen

För kännedom:
Kommunfullmäktige
Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden
Kultur- och fritidsnämnden
Utbildningsnämnden
Vård- och omsorgsnämnden

Förstudie avseende barnperspektivet i kommunens beslutsfattande

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en förstudie avseende barnperspektivet i kommunens beslutsfattande. Syfte med förstudien var att belysa och bedöma i vilken utsträckning kommunens arbete följer de intentioner om barns rättigheter som anges i barnkonventionen samt i kommunens egna mål. Den sammanfattande kommentaren utifrån förstudien är att kommunens arbete i stort följer de intentioner om barns rättigheter som anges i barnkonventionen.

Slutsatsen baseras på att det i kommunens verksamheter finns ett utbrett arbete där barnperspektivet beaktas. Det saknas dock ett fullt ut systematiskt arbetssätt som säkerställer att intentionerna i barnkonventionen beaktas i alla delar av kommunens arbete. Detta avser särskilt de verksamheter som inte dagligen behandlar frågor som berör barn. Kommunstyrelsen har inte beslutat om särskilda dokument avseende barnrättsperspektivet och av denna anledning sker inte heller någon särskild åiterrapportering. Vi noterar dock att flera verksamheter har styrande dokument med bäring på barns bästa.

Det sker arbete med att samla in synpunkter från barn vilket är positivt. Detta noteras ske inom samtliga granskade nämnders verksamheter. Det saknas dock ett systematiskt arbetssätt som säkerställer att barnrättsperspektivet alltid beaktas både i arbets- och beslutsprocesser samt i planeringen av verksamheten.

Förtroendevalda har erbjudits utbildning i samband med den nya mandatperioden vari barnkonventionen inkluderats. Delar av kommunens medarbetare utbildades i samband med att barnkonventionen blev svensk lag 2020.

Vi anser att kommunstyrelsen bör överväga att tydliggöra hur kommunen ska säkerställa intentionerna i barnkonventionen på en kommunövergripande nivå i syfte att perspektivet inte ska förbises i verksamheter som mer indirekt berör barn.

Vi ser att området med fördel kan följas upp genom specifika frågor i samband med andra granskningar. Detta i syfte att följa upp barnkonventionens tillämpning i ett mer verksamhetsnära perspektiv.

Utifrån förstudiens resultat lämnar vi nedanstående medskick till kommunstyrelsen:

- ▶ Överväg att tydliggöra hur kommunen ska säkerställa intentionerna i barnkonventionen på en kommunövergripande nivå. Detta i syfte att frågan inte ska förbises i frågor som inte har direkt koppling till barn.
- ▶ Överväg att systematisera tillvaratagandet av barnrättsperspektivet i styrelsen och nämndernas beslut.
- ▶ Överväg former för uppföljning av kommunens barnrättsarbete.

Rapporten överlämnas härmed till granskade nämnder. Revisorerna önskar svar från kommunstyrelsen rörande förstudiens medskick den 31 maj 2023.

Oxelösund den 15 februari 2023

För kommunrevisorerna

Eva Asthage
Ordförande

Mayvor Lundberg
Vice ordförande

PENNEO

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat genom Penneo™ för säker digital signering. Tecknarnas identitet har lagrats, och visas nedan.

"Med min signatur bekräftar jag innehållet och alla datum i detta dokumentet."

MAYVOR LUNDBERG

Undertecknare 1

Serienummer: 19470501xxxx

IP: 78.68.xxx.xxx

2023-02-21 16:09:06 UTC



Eva Elisabet Asthage

Undertecknare 1

Serienummer: 19470619xxxx

IP: 178.174.xxx.xxx

2023-02-21 16:17:15 UTC



Detta dokument är digitalt signerat genom Penneo.com. Den digitala signeringsdaten i dokumentet är säkrad och validerad genom det datogenererade hashvärdet hos det originella dokumentet. Dokumentet är låst och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. All kryptografisk information är innesluten i denna PDF, för framtida validering om så krävs.

Hur man verifierar originaliteten hos dokumentet

Detta dokument är skyddat genom ett Adobe CDS certifikat. När du öppnar

dokumentet i Adobe Reader bör du se att dokumentet är certifierat med **Penneo e-signature service** <penneo@penneo.com> Detta garanterar att dokumentets innehåll inte har ändrats.

Du kan verifiera den kryptografiska informationen i dokumentet genom att använda Penneos validator, som finns på <https://penneo.com/validator>

Förstudie avseende barnperspektivet i kommunens beslutsfattande

Oxelösunds kommun



Innehåll

Sammanfattning och rekommendationer	2
1. Svar på revisionsfrågor.....	3
2. Inledning.....	4
2.1 Bakgrund till granskningen.....	4
2.2 Syfte och frågeställningar	4
2.3 Utgångspunkter	5
2.4 Metod och avgränsning.....	5
3. Vilka mål, uppdrag, riktlinjer har fastställts med bäring på barns bästa, och att barnkonventionen tillgodoses?	6
3.1 Våra kommentarer - Det finns inget uttalat kommunövergripande uppdrag kring barnkonventionen	6
3.2 Resultat - Kommunfullmäktige har två målområden som nämner barn och unga	7
3.3 Resultat - Kommunens verksamheter arbetar aktivt med barnrättsperspektivet	7
4. Utbildas personalen i barnkonventionen och dess innehåll?	11
4.1 Våra kommentarer - det är positivt att utbildning i barnkonventionen har skett.....	11
4.2 Resultat - utbildning sker inte kontinuerligt	11
5. Bilaga 1	12
Källförteckning	12
Bilaga 2 - Utgångspunkter	13
FN:s barnkonvention	13
Implementering av barnperspektivet i verksamheten - SKR	15

Sammanfattning

På uppdrag av kommunens förtroendevalda revisorer har EY genomfört en förstudie med syfte är att belysa och bedöma i vilken utsträckning kommunens arbete följer de intentioner om barns rättigheter som anges i barnkonventionen samt i kommunens egna mål. Vår sammanfattande kommentar är att kommunens arbete i stort följer de intentioner om barns rättigheter som anges i barnkonventionen.

Vår slutsats baseras på att det i kommunens verksamheter finns ett utbrett arbete där barnperspektivet beaktas. Vi anser dock att det saknas ett fullt ut systematiskt arbetssätt som säkerställer att intentionerna i barnkonventionen beaktas i alla delar av kommunens arbete. Detta avser särskilt de verksamheter som inte dagligen behandlar frågor som berör barn. Vi noterar att kommunstyrelsen inte beslutat om särskilda dokument avseende barnrättsperspektivet och att det av denna anledning inte heller sker någon särskild återrapportering. Enligt SKR:s stöd till kommuner och regioner i arbetet med barnets rättigheter är chansen att barnrättsfrågorna genomförs större om det finns ett fullmäktige- eller styrelsebeslut samt krav om återrapportering. Vi noterar dock att flera verksamheter har styrande dokument med bäring på barns bästa.

Vi ser positivt på det arbete som sker, särskilt avseende att samla in synpunkter från barn. Detta noteras ske inom samtliga granskade nämnders verksamheter. Vi noterar dock att det saknas ett systematiskt arbetssätt som säkerställer att barnrättsperspektivet alltid beaktas både i arbets- och beslutsprocesser samt i planeringen av verksamheten.

Vi anser att kommunstyrelsen bör överväga att tydliggöra hur kommunen ska säkerställa intentionerna i barnkonventionen på en kommunövergripande nivå i syfte att perspektivet inte ska förbises i verksamheter som mer indirekt berör barn.

För att kunna fatta rättighetsbaserade beslut är det en förutsättning att kunskap finns om vad det innebär. Det är därför viktigt att förtroendevalda och tjänstepersoner får utbildning om barnkonventionen. Vi noterar att förtroendevalda erbjudits utbildning i samband med den nya mandatperioden och att barnkonventionen inkluderats i utbildningen. Vi noterar även att delar av kommunens medarbetare utbildades i samband med att barnkonventionen blev svensk lag 2020.

Vi ser att området med fördel kan följas upp genom specifika frågor i samband med andra granskningar. Detta i syfte att följa upp barnkonventionens tillämpning i ett mer verksamhetsnära perspektiv.

Utifrån förstudiens resultat lämnar vi nedanstående medskick till kommunstyrelsen:

- ▶ Överväg att tydliggöra hur kommunen ska säkerställa intentionerna i barnkonventionen på en kommunövergripande nivå. Detta i syfte att frågan inte ska förbises i frågor som inte har direkt koppling till barn.
- ▶ Överväg att systematisera tillvaratagandet av barnrättsperspektivet i styrelsen och nämndernas beslut.
- ▶ Överväg former för uppföljning av kommunens barnrättsarbete.

1. Svar på revisionsfrågor

Frågor	Svar
Vilka mål, uppdrag, riktlinjer har fastställts med bäring på barns bästa, och att barnkonventionen tillgodoses?	<p>Kommunfullmäktige har beslutat om två mål som uttryckligen berör barn i mål och budget 2022-2024. Kommunstyrelsen har inte beslutat om andra dokument avseende barnrättsperspektivet.</p> <p>Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden har under 2022 haft ett mål att följa barnkonventionen. Vidare finns andra styrande dokument inom miljö- och samhällsbyggnadsnämnden, utbildningsnämnden samt kultur- och fritidsnämnden. Socialnämnden uppger att barnkonventionen inte omnämns i deras styrdokument men utgör en grundsten i deras arbete genom att det är lagstadgat.</p>
Finns former för hur barnets bästa tillvaratas i arbets- och beslutsprocesser?	<p>Nej. Det finns inga kommunövergripande former för att barns bästa tillvaratas i arbets- och beslutsprocesser. Det finns en mall för tjänsteskrivelser som inkluderar barnperspektivet men denna används inte av alla. Av intervjuer framgår att barns bästa tillvaratas genom att det ingår i verksamheternas uppdrag att arbeta med frågor som berör barn. Då barnkonventionen är en del av svensk lag uppges det inte alltid behövas uttalas i styrande dokument.</p>
Utbildas personalen i barnkonventionen och dess innehåll?	<p>Delvis. Det har skett utbildningar i samband med att barnkonventionen blev svensk lag. Det sker inga löpande utbildningsinsatser för personal kring barnkonventionen.</p> <p>Det har anordnats utbildning för ledamöter i samband med den nya mandatperioden. I utbildningen ingår barnkonventionen. Utbildningsnämnden har haft en utbildning under 2022.</p>
Finns former för riskanalyser/konsekvensbedömningar avseende barnrättsperspektivet i planeringen av verksamheten?	<p>Delvis. Det finns inga kommunövergripande eller formella former för att barnrättsperspektivet ska ingå i planering av verksamheter. Barnperspektivet inkluderas genom verksamheternas arbetsområden har direkt bäring på frågor som berör barn. De verksamheter som direkt arbetar med barn uppger att de alltid utgår från barnrättsperspektivet.</p>
Följer kommunstyrelsen upp och utvärderar arbetet med barnkonventionen?	<p>Nej. Det sker ingen särskild uppföljning eller utvärdering av kommunstyrelsen kopplat till barnkonventionen. Kommunstyrelsen följer upp de mål och aktiviteter som anges i mål och budget.</p>

2. Inledning

2.1 Bakgrund till granskningen

Barns och ungas livsvillkor påverkas i mångt och mycket av beslut som fattas i kommunen. Skola, fritid, samhällsplanering och social omsorg är några av de verksamheter som har stor inverkan på barns och ungas vardag. I FN:s barnkonvention finns en universell definition av barns mänskliga rättigheter. Sverige ratificerade barnkonventionen 1990 och från den 1 januari 2020 är barnkonventionen svensk lag. Detta innebär ett större ansvar för kommuner att ta hänsyn till barnets rättigheter vid beslut som rör barn i något avseende.

Konventionen innehåller fyra grundläggande principer som är styrande, dessa uttrycker att:

- ▶ Alla barn har lika värde och därmed rätt att inte bli diskriminerad (artikel 2)
- ▶ Barnets bästa ska beaktas vid alla beslut som rör barn (artikel 3)
- ▶ Alla barn har rätt till liv och utveckling (artikel 6)
- ▶ Barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör barnet. Hänsyn ska tas till barnets åsikter, utifrån barnets ålder och mognad (artikel 12)

Av artikel 4 i konventionen framgår att konventionsstaten, där kommuner och regioner också ingår, ska nyttja sina resurser till fullo för att uppfylla barns rättigheter och vidta alla lämpliga åtgärder gällande exempelvis administrativa förfaranden för att genomföra konventionens rättigheter. Regeringens strategi för genomförandet och förverkligandet av konventionen uttrycker bland annat att kommuner och regioner bör inrätta system för att kunna följa hur barns bästa förverkligas. För att barnets rättigheter ska ha genomslag behövs även kompetenshöjande insatser för beslutsfattare och anställda. Barn definieras som varje människa under 18 år.

Revisorerna har efter genomförd risk- och väsentlighetsanalys 2022, och mot bakgrund av ovanstående, beslutat att genomföra en förstudie för att kartlägga hur barnperspektivet tas om hand i kommunens beslutsfattande.

2.2 Syfte och frågeställningar

Förstudiens syfte är att belysa och bedöma i vilken utsträckning kommunens arbete följer de intentioner om barns rättigheter som anges i barnkonventionen samt i kommunens egna mål.

Förstudien omfattar följande frågeställningar:

- ▶ Vilka mål, uppdrag, riktlinjer har fastställts med bäring på barns bästa, och att barnkonventionen tillgodoses?
- ▶ Finns former för hur barnets bästa tillvaratas i arbets- och beslutsprocesser?
- ▶ Utbildas personalen i barnkonventionen och dess innehåll?
- ▶ Finns former för riskanalyser/konsekvensbedömningar avseende barnrättsperspektivet i planeringen av verksamheten?
- ▶ Följer kommunstyrelsen upp och utvärderar arbetet med barnkonventionen?

2.3 Utgångspunkter

Förstudien tar avstamp i nedanstående bedömningsgrunder som används för analyser, slutsatser och kommentarer.

- ▶ FN:s barnkonvention
- ▶ SKR:s vägledning och stöddokument för implementering av barnkonventionen i kommuner och regioner
- ▶ Kommunens Mål och budget 2022
- ▶ Övriga av fullmäktige beslutade styrdokument inom området¹

Kommunens mål och budget 2022 presenteras i kapitel 2. FN:s barnkonvention samt SKR:s vägledning återges i korthet i bilaga 2.

2.4 Metod och avgränsning

Förstudien utgår från kommunstyrelsens ansvar utifrån ett ledande och samordnande perspektiv. Nedslag görs i nämnders verksamhet, som exempel på arbetssätt. Kommunens samtliga nämnder har inkluderats i förstudien.

Förstudien genomförs genom dokumentstudier och intervjuer. För granskad dokumentation samt intervjuade funktioner, se Bilaga 1 - Källförteckning.

¹ I förstudien har det framkommit att det inte finns styrande dokument beslutade av kommunfullmäktige på området. Denna utgångspunkt har av denna anledning inte tillämpats i förstudien.

3. Vilka mål, uppdrag, riktlinjer har fastställts med bäring på barns bästa, och att barnkonventionen tillgodoses?

I detta kapitel redogörs för resultat och iakttagelser kopplat till nedanstående frågor:

- ▶ Vilka mål, uppdrag, riktlinjer har fastställts med bäring på barns bästa, och att barnkonventionen tillgodoses?
- ▶ Följer kommunstyrelsen upp och utvärderar arbetet med barnkonventionen?
- ▶ Finns former för hur barnets bästa tillvaratas i arbets- och beslutsprocesser?
- ▶ Finns former för riskanalyser/konsekvensbedömningar avseende barnrättsperspektivet i planeringen av verksamheten?

3.1 Våra kommentarer - Det finns inget uttalat kommunövergripande uppdrag kring barnkonventionen

- ▶ *Vi noterar att det i flera fall saknas dokumenterade mål, uppdrag och riktlinjer som uttryckligen kopplas till barnkonventionen.*

Kommunfullmäktige har beslutat om två mål som uttryckligen berör barn i mål och budget 2022-2024. Vi ser positivt på att det finns mål som direkt berör barn i mål och budget samt i kommunens vision. Detta går i linje med SKR:s skrift *Barnets rättigheter i budgetprocessen*, där det anges att budgeten ska genomsyras av ett barnrättsperspektiv.

Enligt SKR:s stöd till kommuner och regioner i arbetet med barnets rättigheter är chansen att barnrättsfrågorna genomförs större om det finns ett fullmäktige- eller styrelsebeslut samt krav om återrapportering. Vi noterar att kommunstyrelsen inte beslutat om andra dokument avseende barnrättsperspektivet och att det av denna anledning inte heller sker någon särskild återrapportering.

SKR skriver att styrdokument i alla kommunala verksamheter bör ha skrivningar som synliggör arbetet med barnets rättigheter. Med bakgrund i detta ser vi positivt på att vissa av kommunens verksamheter tagit fram särskilda mål och styrdokument avseende barnkonventionen. Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden har under 2022 haft ett mål att följa barnkonventionen. Socialnämnden uppger att barnkonventionen inte omnämns i deras styrdokument men utgör en grundsten i deras arbete genom att det är lagstadgat.

- ▶ *Vi noterar att det saknas ett fullt ut systematiskt arbetssätt som säkerställer att intentionerna i barnkonventionen beaktas i alla delar av kommunens arbete.*

SKR sammanfattar att ett barnrättsperspektiv innebär att alla besluts- och arbetsprocesser är barnrättsbaserade, det vill säga att barnkonsekvensanalyser och eller prövningar av barnets bästa har gjorts. Med utgångspunkt i våra iakttagelser ser vi att kommunen beaktar barnrättsperspektivet i verksamheterna. Barnrättsperspektivet är framför allt tydligt i de verksamheter som direkt arbetar med frågor som berör barn. Vi ser positivt på det arbete som sker, särskilt avseende att samla in synpunkter från barn. Detta noteras ske inom samtliga granskade nämnders verksamheter. Vi noterar dock att det saknas ett systematiskt arbetssätt som säkerställer att barnrättsperspektivet alltid beaktas både i arbets- och beslutsprocesser samt i planeringen av verksamheten. Vi bedömer att kommunstyrelsen bör överväga att tydliggöra hur kommunen ska säkerställa intentionerna i barnkonventionen på en kommunövergripande nivå i syfte att frågan inte ska förbises i verksamheter som mer indirekt berör barn.

3.2 Resultat - Kommunfullmäktige har två målområden som nämner barn och unga

Kommunfullmäktige antog 2012-02-15 en ny vision för Oxelösunds kommun. Kommunens styrmodell utgår från Vision 2025 vari barnperspektivet enligt uppgift ingår. Vi har tagit del av den version av Vision 2025 som återfinns på kommunens hemsida. Vi kan inte se att barnperspektivet uttryckligen nämns där. I Oxelösunds kommuns Mål och budget 2022-2024 finns två målområden som uttryckligen kopplas till barn och unga.

1. Trygg och säker uppväxt.

Barn och ungdomar ska känna sig trygga såväl i samhället som i de kommunala verksamheterna. I Oxelösund betyder det att alla barn och ungdomar ska nå goda studieresultat utifrån sina förutsättningar, att barn och ungdomar aktivt deltar i kultur- och fritidsutbudet och att barn och ungdomar växer upp i trygga hemförhållanden och i en trygg och säker miljö. Kommunfullmäktige har beslutat om flera mål inom utbildningsområdet som avser barn.

2. Attraktiv bostadsort

Oxelösund erbjuder ett havsnära boende och en hög kommunal servicenivå. I Oxelösund innebär det att kommunen erbjuder bra barnomsorg, skola, fritid och kulturliv. Ett bra och varierat bostadsutbud finns för olika behov och åldrar. Kommunen präglas av ett positivt företagsklimat som gör det enkelt att starta, driva och utveckla företag. Infrastrukturen håller god kvalitet och upplevs välfungerande. Ett av målen som anges är:

- ▶ Andelen förskoleplatser som erbjuds på önskat placeringsdatum ska öka.

3.3 Resultat - Kommunens verksamheter arbetar aktivt med barnrättsperspektivet

Det finns inget kommunövergripande beslut om att kommunen ska följa barnkonventionen. Det är dock något som indirekt involveras i styrdokument genom att konventionen blev lag 2020. Längre ned i detta avsnitt redogörs för hur nämnderna arbetar med barnkonventionen.

Av intervjuer och dokumentgranskning framkommer att det inte finns kommungemensamma arbetssätt för hur barnets bästa ska tillvaratas i arbets- och beslutsprocesser, planeringen av verksamheten eller avseende utvärdering och uppföljning. Barnperspektivet inkluderas indirekt i styrdokument som innefattar arbete eller frågor riktade mot barn.

Det finns en kommungemensam mall för tjänsteskrivelser där en rubrik utgörs av barnperspektivet. Enligt uppgift är det oklart i vilken utsträckning mallen tillämpas. Det finns även en annan mall för tjänsteskrivelser som inte innehåller en rubrik för barnperspektivet.

Trots att barnkonventionen inte uttryckligen nämns i alla styrdokument uppger intervjuade att den utgör en grund i arbetet i och med att konventionen nu utgör en lag. De verksamheter som direkt riktar sig mot barn uppger att de alltid utformar sina styrdokument med barns bästa i åtanke.

Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden

Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden har utöver kommunfullmäktiges mål antagit ett mål om att efterleva barnkonventionen.² Antal genomförda aktiviteter anges som en (1) men är beroende av antalet projekt där det är aktuellt. Enligt intervjuade är det framför allt en aktivitet som genomförts under 2022 med koppling till barnkonventionen. Aktiviteten avser arbetet med Cirkusplatsen som är placerad nära en skola. En detaljplan har skickats ut på remissrunda och inför samrådsförslaget genomfördes samtal med fjärdeårselever vid den berörda skolan. Syftet med samtalet var att inhämta barnens synpunkter kopplat till det planerade bygget. Efter samrådsremissen genomfördes även återkoppling till de elever som deltagit.

Vidare riktar sig trafiksäkerhetsarbetet i stort till oskyddade trafikanter vari barn och unga ingår som en primär målgrupp. Trafiksäkerhetsarbetet utgår från nationellt material, exempelvis från Trafikverket. På så vis fattas beslut med barns bästa i åtanke även om barnkonventionen inte alltid omnämns i nämndens egna styrdokument.

Barnkonventionen inkluderas vidare i det dagliga arbetet genom att barn är en del av samhället och det arbetet som genomförs riktar sig till samtliga grupper i samhället. Det finns många säkerhetsaspekter som kopplas till barn. Enligt intervjuade är barns säkerhet en del i uppdraget. Det finns även inbyggt i professionen att barns bästa ska inkluderas i beslut.

Kultur- och fritidsnämnden

I samband med att barnkonventionen blev svensk lag genomfördes en genomlysning av biblioteksverksamheten i syfte att kartlägga hur verksamheten påverkades. Biblioteksverksamheten arbetar centralt kring barnkonventionen i bland annat utformningen av lokaler och verksamhetens innehåll. Bibliotekens barnverksamhet har även en målsättning som utgår från FN:s Barnkonvention.³ I målsättningen anges att:

1. Barnens bästa ska vara vägledande för hela biblioteket.
2. Barnens egna behov ska alltid komma främst.
3. Barnen ska därför ges möjlighet att uttrycka sig - vi måste lyssna - respektera - och göra dem delaktiga i bibliotekets verksamhet.
4. Biblioteket ska sträva efter att nå alla barn, utan att diskriminera någon p.g.a. åsikter, ras, kön, funktionsvariation eller sociala förhållanden. Biblioteket ska samarbeta med skola, barnomsorg, fritid och föräldrar.
5. Alla ska hitta "sitt bibliotek" - det ska finnas en mångfald av idéer och media.
6. Det ska vara vida ramar inom vilka kreativiteten får blomma. Barnen ska möta kultur i alla dess former. Biblioteket ska vara roligt att vara på - ett FRIRUM att få utvecklas fritt i.
7. Biblioteket ska alltid stimulera till utveckling av barns läsande, skrivande och sökande efter kunskap.

Vidare har nämnden en rutin avseende kvalitetssäkring i föreningar. I rutinen anges bland annat att alla föreningar som får bidrag från kommun ska ha ett levande kvalitetssäkringsarbete. Föreningen ska redovisa kvalitetssäkringsarbetet i ett värdegrundsdokument som uppdateras minst en gång per år. I dokumentet anges bland annat att barn är extra skyddsvärda med hänvisning till barnkonventionen.

² Mål och budget miljö- och samhällsbyggnadsnämnden 2022

³ Antagen av Kultur och Fritidsnämnden 2002-04-15

Vidare föreslås olika arbetssätt som påvisar hur barns rättigheter ska tas tillvara i föreningar som får bidrag från kommunen.

Kommunen har även tagit fram en riktlinje avseende tolkningen av barnkonventionen för idrotten kopplat till föreningsbidrag. I riktlinjen anges bland annat:

- ▶ Idrott för barn ska bedrivas ur ett barnrättsperspektiv och följa FN:s konvention om barns rättigheter (Barnkonventionen).
- ▶ Idrott för barn ska vara lekfull, allsidig och bygga på barnens egna behov och förutsättningar samt ta hänsyn till variationer i utvecklingstakt.
- ▶ Idrottsföreningarna ska erbjuda alla barn en kamratlig och trygg social miljö, där de kan utvecklas och bli delaktiga i utformningen av verksamheten och därmed vänja sig vid att ta ansvar för sig själva och andra.
- ▶ Barn ska i idrottsverksamheten få lära sig att ta hänsyn till kamrater och ledare samt lära sig vikten av rent spel.

Intervjuade lyfter upp att föreningar många gånger har ett nationellt nätverk med olika regler som de ska följa, vari barnkonventionen är en del. Detta kan ses som en förstärkning av kommunens eget arbete med att säkerställa att de föreningar som erhåller bidrag från kommunen följer barnkonventionen. Vidare sker uppföljning av föreningsbidrag där föreningar ska redovisa att de följer kommunens regler och riktlinjer för bidrag.

Utbildningsnämnden

Utbildningsnämndens arbete riktar sig i stort till frågor som berör barn och bedriver verksamhet som direkt berörs av barnkonventionen. Barnkonventionen inkluderas i de nationella lagar och regler som styr verksamheten. Genom den nationella styrningen inkluderas barnets bästa i arbets- och beslutsprocesser samt planering och uppföljning av verksamheten. Det är en del av professionens uppgift att arbeta för barnets bästa oavsett om barnkonventionen uttryckligen omnämns i interna rutiner.

Enligt intervjuad har nämnden arbetat för att skapa en budget i balans och på så vis kunna fokusera än mer på att skapa de bästa förutsättningarna för barn. Vidare beaktas barnens synpunkter vid utformning av lokaler och utrymmen i skolan. Det systematiska kvalitetsarbetet ses även som ett verktyg för att säkra barnrättsperspektivet i verksamheten.

Utbildningsförvaltningen har antagit en policy och handlingsplan avseende alkohol, narkotika, doping, tobak, spel (ANDTS).⁴ Handlingsplanen beskriver rutiner för skolans agerande vid misstanke eller upptäckt av alkohol, narkotika, doping eller tobak under skoltid. Policyn och handlingsplanen gäller samtliga grundskolor i Oxelösunds kommun. I policyn hänvisas till barnkonventionen och att skolan är skyldig att skydda barn och unga från narkotika.

Utbildningsnämnden har även en riktlinje för förskola, omsorg på kvällar, nätter och helger samt fritidshem.⁵ I riktlinjen anges att utgångspunkten är att med barnets bästa i fokus erbjuda en god service i relation till de krav som ställs via lagstiftningen samt att riktlinjen beaktar Barnkonventionen.

⁴ Utbildningsförvaltningen 2022-11-16 (Dnr Uk. 2022.254)

⁵ 2022-02-21 (Dnr UN. 2022.17)

Utbildningschefen pratar årligen med elever i årskurs nio i syfte att inhämta barnens perspektiv och synpunkter. Synpunkterna kan sedan inkluderas i planeringen av verksamheten. Rektorer för förskolor intervjuar femåringar när de slutar förskolan i syfte att samla in deras synpunkter. Vidare finns det enkäter inom skolan som används för att samla in information om barnens upplevelser.

Vård- och omsorgsnämnden

I samband med att barnkonventionen blev svensk lag genomfördes en genomlysning av samtliga av nämndens rutiner i syfte att säkerställa att de beaktar intentionerna i barnkonventionen. Inom socialtjänsten finns ingen specifik rutin kring barnkonventionen men då lagstiftningen inkluderar barnkonventionen beaktas den i det i arbets- och beslutsprocesser samt planering och uppföljning av verksamheten. Det är en del av professionens uppgift att arbeta för barnens bästa oavsett om barnkonventionen uttryckligen omnämns i arbetet eller inte. Det finns flertalet rutiner som berör barnrättsperspektivet. Som exempel har socialtjänsten bland annat rutiner för att barn alltid ska komma till tals i utredningar. I samtliga utredningar ska det finnas en rubrik som tydliggör att barnperspektivet beaktats.⁶

Vidare tillämpas egenkontroller genom bland annat ärendedragningar och stickprovskontroller samt uppföljning av nämndens arbete i tertialrapporter och årsredovisningen. Dessa kontrollmoment syftar bland annat till att säkerställa efterlevnad av lagar och regler och därmed barnkonventionen.

På kommunens hemsida finns information särskilt riktad till barn och unga kring om hur socialtjänsten arbetar och hur man lättast gör för att få kontakt.

⁶ Revisorerna har i en granskning om hanteringen av orosanmälningar noterat att det inte alltid finns tydlig dokumentation av barnsamtal i förhandsbedömningar.

4. Utbildas personalen i barnkonventionen och dess innehåll?

I detta kapitel redogörs för resultat och iakttagelser kopplat till nedanstående fråga:

- ▶ Utbildas personalen i barnkonventionen och dess innehåll?

4.1 Våra kommentarer - det är positivt att utbildning i barnkonventionen har skett

- ▶ Vi anser att det är positivt att ledamöter utbildas i barnkonventionen. För att kunna fatta rättighetsbaserade beslut är det en förutsättning att kunskap finns om vad barnkonventionen innebär. Det är därför viktigt att förtroendevalda och tjänstepersoner får utbildning om barnkonventionen. Vi noterar att förtroendevalda erbjudits utbildning i samband med den nya mandatperioden och att barnkonventionen inkluderats i utbildningen. Vi noterar även att delar av kommunens medarbetare utbildades i samband med att barnkonventionen blev svensk lag 2020. Det sker ingen kontinuerlig utbildning kring barnkonventionen. I flera av kommunens verksamheter arbetar professioner som med sina utbildningar bör ha kunskap om barnkonventionen innan anställning påbörjas.

4.2 Resultat - utbildning sker inte kontinuerligt

I samband med att barnkonventionen blev svensk lag genomfördes ett antal utbildningar i kommunen. Det har inte skett regelbundna kommunövergripande utbildningar på området. Flera verksamheter som riktar sig direkt mot barn har kunskap genom sin utbildning och profession. Intervjuade upplever kunskapen bland medarbetare som god.

Inom kommunens förskoleverksamhet sker kontinuerligt utbildning avseende barnkonventionen. Vidare finns en rektor inom kommunen som är särskilt utbildad avseende barnkonventionen. Utbildningschefen har genomfört utbildning med utbildningsnämndens ledamöter under 2022.

I samband med den nya mandatperioden har utbildning anordnats för nämndsledamöter. Ett moment i utbildningen var barnkonventionen.

5. Bilaga 1

Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Förvaltningschef Social- och omsorgsförvaltningen
- ▶ Förvaltningschef Utbildningsförvaltningen
- ▶ Kommunsekreterare
- ▶ Kommunstrateg
- ▶ Kultur-Fritidschef
- ▶ Miljö- och samhällsbyggnadschef

Dokument

- ▶ ANDTS (alkohol, narkotika, doping, tobak, spel) Policy och handlingsplan för grundskolor i Oxelösunds kommun - Utbildningsförvaltningen 2022-11-16 (Dnr Uk.2022.254)
- ▶ FN´s barnkonvention - föreningsbidrag
- ▶ Kommunstyrelsen tertialrapport 2 2022
- ▶ Kommunstyrelsens internkontrollplan 2022
- ▶ Kommunstyrelsens tertialrapport 1 2022
- ▶ Kommunstyrelsens verksamhetsplan och budget 2022
- ▶ Kommunstyrelsens årsredovisning 2021
- ▶ Kvalitetssäkring i föreningar - Oxelösunds kommun
- ▶ Mall för föreningsbidrag
- ▶ Mål och budget 2022 - kommunfullmäktige
- ▶ MÅLSÄTTNING FÖR OXELÖSUNDS BIBLIOTEKS BARNVERKSAMHET- med utgångspunkt från FN:s Barnkonvention
- ▶ Riktlinje för förskola, omsorg p kvällar, nätter och helger
- ▶ Teckenkurs, steg 1 och2
- ▶ Verksamhetsplan 2022-2024 Miljö- och samhällsbyggnadsnämnden

Bilaga 2 - Utgångspunkter

FN:s barnkonvention

FN:s konvention om barnets rättigheter består av 54 artiklar. Nedan presenteras de i en förkortad version.

Artikel 1

Ett barn - det är varje människa under 18 år.

Artikel 2

Alla barn har samma rättigheter och lika värde. Ingen får diskrimineras.

Artikel 3

Barnets bästa ska alltid komma i första rummet.

Artikel 4

Konventionsstaterna ska sträva efter att till det yttersta av sina tillgängliga resurser söka förverkliga barnets sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter. När resurserna inte räcker till bör man söka lösningar genom internationellt samarbete.

Artikel 5

Barnets föräldrar eller annan vårdnadshavare ansvarar för barnets uppfostran och utveckling. De ska också stötta barnet i att få sina rättigheter uppfyllda.

Artikel 6

Varje barn har rätt att överleva och att utvecklas.

Artikel 7

Barnet har rätt till ett namn och en nationalitet. Barnet har rätt, så långt det är möjligt, att få veta vilka föräldrarna är.

Artikel 9

Barnet ska inte hållas åtskilt från sina föräldrar mot sin vilja, utom när det är för barnets bästa. Barn som inte bor med båda föräldrarna ska ha rätt att träffa båda två regelbundet.

Artikel 10

Ansökningar från familjer som vill återförenas över statsgränser ska behandlas på ett positivt, humant och snabbt sätt.

Artikel 11

Varje stat ska bekämpa olovligt bortförande och kvarhållande av barn i utlandet.

Artikel 12-15

Barnet har rätt att uttrycka sin mening i alla frågor som berör det. När domstolar och myndigheter behandlar fall som rör barnet ska barnet höras och barnets intresse komma i första rummet. Barnets rätt till tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet ska respekteras.

Artikel 16

Barn har rätt till ett privatliv.

Artikel 17

Barn har rätt att få tillgång till information via till exempel internet, radio och tv. Staten ska uppmuntra att det skapas material som är av värde för barn och som inte är skadligt.

Artikel 18

Båda föräldrarna har gemensamt det primära ansvaret för barnets uppfostran och utveckling. Barnets bästa ska för dem komma i första rummet.

Artikel 19

Barnet har rätt att skyddas mot fysiskt eller psykiskt våld och mot vanvård eller utnyttjande av föräldrar eller andra vårdnadshavare.

Artikel 20-21

Barnet, som berövats sin familjemiljö, ska ha rätt till alternativ omvårdnad. Vid adoption ska staterna säkerställa barnets bästa i enlighet med gällande lagar.

Artikel 22

Flyktingbarnet har rätt till skydd och hjälp om det kommer ensamt eller tillsammans med föräldrar eller annan person.

Artikel 23

Varje barn med fysiskt eller psykiskt handikapp har rätt till ett fullvärdigt och anständigt liv som möjliggör dess aktiva deltagande i samhället.

Artikel 24

Barnet har rätt till hälso- och sjukvård. Alla länder ska arbeta för att minska spädbarnsdödligheten och bekämpa sjukdomar och undernäring och avskaffa traditionella, hälsofarliga sedvänjor. Gravida och nyblivna mammor har rätt till hälsovård.

Artikel 25

Varje stat ska regelbundet se till att ett barn som är omhändertaget av myndigheter behandlas väl.

Artikel 26

Barn har rätt till social trygghet samt till statligt stöd, ifall föräldrar eller annan vårdnadshavare saknar tillräckliga resurser.

Artikel 27

Barn har rätt till skälig levnadsstandard, till exempel bostad, kläder och mat.

Artikel 28-29

Barnet har rätt till gratis grundskoleutbildning. Undervisningen bör förbereda barnet för livet, utveckla respekt för mänskliga rättigheter och fostra i en anda av förståelse, fred, tolerans och vänskap mellan folken.

Artikel 30

Barnet, som tillhör minoritetsgrupper eller ursprungsbefolkningar, har rätt till sitt språk, sin kultur och religion.

Artikel 31

Barnet har rätt till lek, vila och fritid.

Artikel 32

Barnet har rätt att skyddas mot ekonomiskt utnyttjande samt mot hårt arbete som skadar eller hindrar barnets skolgång och äventyrar barnets hälsa.

Artikel 33

Barnet har rätt att skyddas från olaglig användning av narkotika.

Artikel 34

Barnet har rätt att skyddas mot alla former av sexuella övergrepp och mot att utnyttjas i prostitution och pornografi.

Artikel 35-36

Bortförande, försäljning eller handel med barn ska förhindras. Varje stat ska skydda barn från alla andra former av utnyttjande som kan skada barnet.

Artikel 37

Inget barn får utsättas för tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling

och bestraffning. Inget barn får olagligt eller godtyckligt berövas sin frihet. Barnet får inte bestraffas med livstids fängelse eller dödsstraff. Varje frihetsberövat barn ska behandlas humant och med respekt. Barnet har rätt att snarast möjligt få juridisk hjälp. Barnet i fängelse har rätt till kontakt med och besök av sin familj.

Artikel 38

Konventionsstater skall vidta alla lämpliga åtgärder för att tillförsäkra att barn under 18 år inte deltar i väpnade konflikter. Barn får inte heller användas eller rekryteras av gerillarörelser m fl.

Artikel 39

Barnet som blivit offer för vanvård, utnyttjande, försummelse, tortyr, väpnade konflikter eller annan omänsklig behandling har rätt till rehabilitering och social återanpassning.

Artikel 40

Barnet, som är anklagat för brott eller blivit dömt för straffbara handlingar, har rätt till en behandling som främjar barnets känsla för värdighet och för andras mänskliga rättigheter och grundläggande friheter.

Artikel 41

Rättigheterna i konventionen gäller inte om andra nationella lagar ger barnet större möjligheter att förverkliga rättigheterna.

Artikel 42

De stater som anslutit sig till konventionen åtar sig att göra konventionens bestämmelser och principer allmänt kända bland vuxna och barn.

Artikel 43-45

Bestämmelser om hur alla länder som anslutit sig till konventionen ska arbeta för att förverkliga den. En övervakningskommitté inom FN granskar konventionsstaternas rapporter. FN-organ och frivilligorganisationer kan också delta med information till FN.

Artikel 46-54

Regler om hur stater kan ansluta sig till konventionen och när dessa börjar gälla. En reservation som strider mot denna konventions ändamål och syfte skall inte tillåtas.

Implementering av barnperspektivet i verksamheten - SKR

I regeringens strategi från 2010 slås det fast att ett barnrättsperspektiv innebär att säkerställa barnets rättigheter i åtgärder och beslut som rör barn. Sveriges kommuner och regioner, SKR, sammanfattar att ett barnrättsperspektiv innebär att alla besluts- och arbetsprocesser är barnrättsbaserade, det vill säga att barnkonsekvensanalyser och eller prövningar av barnets bästa har gjorts. I en prövning av barnets bästa ska flera aspekter utredas och sammanvägas inför beslut. Dessutom ska de grundläggande principerna artikel 2, 3, 6 och 12 och de två genomförandeartiklarna vara beaktade tillsammans med de artiklar som rör aktuell fråga. Som framgår av SKL:s (nuvarande SKR) skrift Barnets rättigheter i budgetprocessen ska även budgeten genomsyras av ett barnrättsperspektiv.⁷

SKR har tagit fram stöd samt ett antal implementeringsnycklar som ett stöd till kommuner och regioner för att se hur arbetet med barnets rättigheter har utvecklats.⁸ SKR hänvisar

⁷ SKR - Barnrättsperspektiv - vad innebär det?

<https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/barnrattsperspektiv.64656.html>

⁸

<https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/manskligarattigheterjamlikhet/barnetsrattigheter/barnkonventionensarsvensklag/genomforandeavbarnkonventionen/implementeringsnycklaruppfoljning.5635.html>

till att forskning och erfarenhet visar att chansen att barnrättsfrågorna genomförs ökar om det finns ett fullmäktige- eller styrelsebeslut samt krav om återrapportering. För att kunna fatta rättighetsbaserade beslut är det en förutsättning att kunskap finns om vad det innebär. Det är därför viktigt att förtroendevalda och tjänstepersoner får utbildning om barnkonventionen. Varje styrdokument bör ha skrivningar som synliggör arbetet med barnets rättigheter. Det gäller alla verksamheter, inte bara de som riktar sitt arbete mot barn.

Barns synpunkter och barnets bästa ska beaktas i samtliga beslut som påverkar barn. Barn och unga ska behandlas likvärdigt och ha lika möjlighet att uttrycka sin åsikt oavsett kön. I kommunen bör det finnas tydliga rutiner för hur anmälan till socialtjänsten ska göras vid misstanke om att ett barn far illa.⁹

På kommunens hemsida ska det finnas information särskilt riktad till barn och unga kring om hur socialtjänsten arbetar och hur man lättast gör för att få kontakt. Det ska även finnas riktad krisinformation.

Nedan anges kortfattat vad SKR bedömer bör finnas inom olika verksamhetsområden för att implementera barnkonventionen.

Förskola och skola

För att leva upp till barnkonventionen i förskola och skola ska varje barn fått kunskap om sina rättigheter. Barnen ska få möjlighet att uttrycka sina åsikter och vara delaktiga i sin utbildning.

Skolan ska aktivt arbeta för att främja elevers närvaro. Det ska finnas system för att upptäcka eventuell frånvaro. Vidare ska det finnas strukturer som skyddar barn mot övergrepp av vuxna och andra barn i den egna verksamheten.

Socialtjänst

Socialtjänsten fattar beslut som många gånger påverkar barn direkt eller indirekt. I varje barnavårdsutredning ska barnets röst komma till uttryck, vilket ska dokumenteras. Barnen ska även bli tillfrågade om deras upplevelse av mötet med den enskilda medarbetaren. För att kunna uppnå detta ska medarbetare få utbildning i samtal med barn. Barnets perspektiv ska även beaktas vid utredningar av vuxna. I utredningen ska det framgå att socialtjänsten frågat den vuxna om de har barn.

Kultur och fritid

Inom kultur- och fritidsverksamhet ska barn ska få vara delaktiga, flickor och pojkar ska ges lika stort utrymme samt ha lika möjlighet att komma med synpunkter vid planering av verksamheten. Vidare ska kultur- och fritidsverksamheten säkerställa att barn med funktionsnedsättning har likvärdig tillgång till kultur- och fritidsaktiviteter. Kultur- och fritidsverksamheten ska aktivt arbeta för att ta reda på barnens synpunkter.

Verksamheten ska ha strukturer som skyddar barn mot övergrepp av vuxna och andra barn i den egna verksamheten, till exempel i simhallar och vid olika kulturaktiviteter. Samtliga medarbetare bör ha kännedom om de strukturer och anvisningar som finns.

⁹ Revisorerna har parallellt genomfört en granskning avseende hantering av orosanmälningar i kommunen.

Samhällsplanering och trafik

Inom samhälls- och trafikplanering ska barnkonsekvensanalyser genomföras vid planering och projektering för nya parker och upprustning av gamla parker och lokaler. Barnkonsekvensanalyser innebär att barn ges möjlighet att lämna synpunkter på utformning. Barn och unga ska även ges möjlighet att lämna synpunkter på vilka platser som känns otrygga att vistas på. Synpunkterna ska beaktas och åtgärdas.

När nya bostadsområden projekteras planeras även för lekplatser, förskolor, skolor, bevakade övergångsställen och bilfria gångvägar.

Kommunstyrelsen

Sammanträdesdatum

2023-03-15

Ks § 51

Dnr KS.2023.33

Rapport avseende uppdrag om att kartlägga och vidta åtgärder avseende personalomsättning

Kommunstyrelsens beslut

Rapporten godkänns

Sammanfattning

Kommunstyrelsen beslutade på sitt sammanträde den 25:e januari 2023 att ge kommunchef i uppdrag att kartlägga de bakomliggande orsakerna till personalomsättningen av chefer inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde. Kommunstyrelsen beslutade vidare att vidta åtgärder för att minska personalomsättningen samt redovisa genomförda och planerade åtgärder till kommunstyrelsen den 15 mars.

Vid kommunstyrelsens sammanträde redovisar kommunchefen rapporten med anledning av det särskilda uppdrag som kommunstyrelsen gav den 25:e januari. Vård- och omsorgsnämndens uppgifter och ansvar organiseras i förvaltningarna Äldreomsorgsförvaltningen och Social- och omsorgsförvaltningen. I rapporten redovisas hur utvecklingen av en rad viktiga nyckeltal varit för chefer inom dessa verksamheter över tid:

- Chefsomsättning per förvaltning, jämförelse med kommunen över tid
- Resultat av avgångsenkät
- Sjukfrånvaro
- Utveckling av Human Resource Index (HME) och Ledarindex

I rapporten redovisas också aktiviteter och åtgärder som genomförts över tid i de båda förvaltningarna och av kommunchef. Vidare redovisas pågående och planerade åtgärder genom bl.a. arbetsmiljökartläggningar av chefer genomförd av extern part.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse Ks Rapport avseende uppdrag om att kartlägga personalomsättning

Dagens sammanträde

Ajournering 16:30-16.44

Underlagen presenteras vid sittande bord och kommunchef Johan Persson och HR-chef Henny Larsson föredrar ärendet för kommunstyrelsen

Framskrivet förslag

Rapporten godkänns

Beslutsgång

Ordförande finner att det finns ett framskrivet förslag till beslut och finner att styrelsen beslutar i enlighet med detsamma.

Särskilt yttrande

Linus Fogel (S), Britta Bergström (S), Tommy Karlsson (S) och Patrik Renfors (V) inkommer följande särskilda yttrande:

Vi från Socialdemokraterna och Vänsterpartiet har stor respekt och förståelse över att tiden för förvaltningen har varit knapp för att ta fram rapporten. Men vi anser att ett ärende av denna tyngd och vikt inte ska läggas på bordet på sittande möte. Möjligheten att diskutera innan, komma fram till relevanta frågor, spela in genomtänkta inspel och själva värdera och bakgrundskolla information blir nästan omöjligt när ärendet läggs på bordet. Eftersom detta var godkännande av en rapport, vilket är en tjänsteskrivelse som vi inte kan förändra, och att vi inte skulle ta några avgörande strategiska beslut så valde vi att släppa igenom rapporten.

Som bakgrund så hade vi redan från början synpunkter på att kommunstyrelsens ordförande Dag Bergentoft gav uppdraget till kommunchefen att utreda chefsomsättningen inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde. Vi yrkade på avslag på detta på Ks den 25/1–23 med motiveringen att vi tyckte att kommunstyrelsen med stöd av sin uppsiktsplikt skulle bjudit in vård- och omsorgsnämndens presidium och äldreomsorgsförvaltningens ledning till ett samtal där de redovisade vidtagna åtgärder samt planerade åtgärder utifrån den höga omsättningen av chefer 2021 och 2022. Efter dagens rapport så står vi kvar vid att det hade varit ett mer effektivt och ett snabbare sätt att hantera frågan om omsättningen av chefer.

Att det varit en hög omsättning av chefer under 2021 och 2022 inom äldreomsorgsförvaltningen håller vi med om och det framgår också av rapporten. Vi saknar dock uppgifter på orsaken till att dessa chefer valde att avsluta sina uppdrag och hade önskat att den statistiken presenterades i rapporten. Utifrån den statistik som presenterades så kan vi konstatera att det inom äldreomsorgsförvaltningen inte handlar om missnöje med chef eller organisation som grund för att man väljer att gå till annan arbetsgivare. Däremot är den signalen tydligare inom social- och omsorgsförvaltningen.

Vi skulle gärna önskat att det fanns mer statistik arkiverad och samlad efter avslutningssamtal med chefer och medarbetare. Vi tror det skulle vara ett bra underlag för att skapa oss i kommunen en bild om vad vi gör bra och vad vi kan utveckla för att stärka arbetsmiljön för chefer och personal.

Vi hade också gärna sett statistik från inrapporteringar om arbetsmiljöproblem och tillbud som handlar om chefer i systemet KIA eller på annat sätt registrerat i våra interna system, statistik från registrerade samtal med medarbetare, chefer, anhöriga och fackliga representanter till Hr eller förvaltningarna som handlade om chefer eller om det fanns statistik från rapporter till arbetsmiljöverket eller Ivo gällande chefer.

När det gällde redovisningen av vidtagna åtgärder i respektive förvaltning så hade vi funderingar på om alla åtgärder när det gäller arbetet med chefer inom äldreomsorgsförvaltningen finns rapporterade mellan åren 2021–2022. Det vård-och omsorgsnämnden under dessa år fått rapporterat till sig som vi sakade i rapporten är bla:

- Tillsättningen av biträdande chefer i hemtjänsten just för att underlätta planering och bemanning.
- Tillsättning av biträdande chef i HSL-organisationen just för att underlätta planering och bemanning.
- Den utökning av chefsstöd på 50% som tillsattes till Sjötången och i nattorganisationen för att underlätta planering och bemanning.
- Tillsättningen av Marika A som förvaltnings och verksamhetssamordnare för att underlätta och stötta cheferna i verksamhetsuppföljning, internkontroller, samordning av stadsbidrag mm.
- Den tjänst som verksamhetsutvecklare med ansvar för att stötta cheferna i bemanning, ekonomi, statistik mm som vi kunde inrymma i budget men som oss veterligen inte är tillsatt idag.
- Den arbetsmiljöutredning som gjordes av FeelGood på Holmen och handlade mycket om chefs roll.
- Den grupputvecklingsaktivitet som beställdes av verksamhetschef Linn och utfördes av FeelGood för att jobba med enhetscheferna i äldreomsorgen.

Vi har en fundering när det gäller avgångsamtalet med Kristina T och om man i rapporten tycker att det har en koppling till omsättningen av chefer och i så fall på vilket sätt? Eller är detta bara en redovisning i rapporten om att detta har skett och på vilka grunder? Oavsett så funderar vi på hur det kommer sig att man inte genomförde ett samtal med samtliga 15 chefer som avslutat sin anställning under åren 2021 och 2022 utan endast hade samtal med 6 chefer?

Vi tycker det är positivt att FeelGood har fått uppdraget att göra en Arbetsmiljökartläggning av chefer inom äldreomsorgsförvaltningen och att de återkommer med en rapport. Frågan är om de hinner genomföra en rättvis och genomarbetad kartläggning och rapport med förslag på åtgärder på mindre än en månad? Vi hoppas också att denna utredning kan vägas samman med övriga utredningar som FeelGood redan har gjort och framför allt den utredning som vi kunde läsa i rapporten att förvaltningschefen Kristian T initierade avseende enhetschefer.

Vi ser fram emot att detta givetvis kommer att återrapporteras till kommunstyrelsen. Vi står vidare fast vid att detta uppdrag inte ska innefatta utredningen av en eventuell tystnadskultur i kommunen. Vi anser att en sådan utredning ska ske av en extern part och gälla en utredning av hela kommunen.

Linus Fogel(S), Britta Bergström(S), Tommy Karlsson(S) och Patrik Renfors(V)



Beslut till:

Kommunchef (för kännedom)

Vård- och omsorgsnämnden (för kännedom)

Äldreomsorgsförvaltningen (för kännedom)

Socialomsorgsförvaltningen (för kännedom)

Vård- och omsorgsnämnden

Sammanträdesdatum

2023-03-28

(4)

Dnr VON.2023.3

Redovisning av delegationsbeslut

Vård- och omsorgsnämndens beslut

Redovisning av delegationsbesluten godkänns.

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämnden har överlåtit sin beslutanderätt i vissa frågor till utskott, ordförande och tjänstemän enligt en av Vård- och omsorgsnämnden antagen delegationsordning. Dessa beslut skall redovisas till Vård- och omsorgsnämnden.

Redovisningen innebär inte att Vård- och omsorgsnämnden får ompröva eller fastställa delegationsbesluten. Däremot står det Vård- och omsorgsnämnden fritt att återkalla en lämnad delegation.

Vård- och omsorgsnämnden föreläggs utövad delegationsrätt från

Biståndshandläggare/ Enhetschef	Februari	Särskilt boende, hemtjänst, matdistr, larm, daglig verksamhet, korttidsvistelse
Avgiftshandläggare/ Färdtjänsthandläggare	Februari	Avgiftsbeslut, färdtjänst, riksfärdtjänst,
LSS-handläggare	Februari	Personlig assistans, daglig verksamhet, korttidsvistelse, ledsagarservice, kontaktpers
Socialtjänst IFO	Februari	Försörjningsstöd, utredn, behandling

Ärendemening / ärendenummer	Ansvarig	Beslutsdatum och §	Uppdrag/sammanfattning	B/MI	Uppdrag klart/återrapportering
Kö till särskilt boende			Muntlig redovisning	MI	Varje nämnd
Hemtjänsten		2013-08-26	Muntlig redovisning	MI	Varje nämnd
Handlingsplaner med mål och mått			Information	MI	Maj, delår, november, bokslut
Corona i verksamheterna			Muntlig information		Paus
Information om Ukraina			Muntlig information	MI	Varje nämnd
Lex Sarah/Lex Maria			Muntlig information	MI	Varje nämnd
Statistik verksamheterna			Muntlig information	MI	Varje nämnd
Äldreomsorgslyftet				MI	
MAS rapport					April, augusti och december
Ekonomisk uppföljning	Pål Näslund	2015-11-27	Uppföljning varje månad muntlig föredragning Uppföljning för beslut per mars, april och oktober	MI B	Varje nämnd förutom feb och december April, Maj och november
Redovisning åtgärder/orsaker sjukskrivningstal	Katarina	2017-08-30		MI	April, augusti och december

Datum
2023-03-28

Välfärdsteknik		2017-05-30 2019-03-26	Plan för fortsatt införande - återrapport	MI	Q1 2023 mars
Socialtjänst och skola i samverkan	Katarina Haddon	2019-11-26		MI	Q3 2023 augusti
Språktest i verksamheterna		2020-11-24	Uppföljning	MI	Q2 2023 maj
Uppdrag att genomföra en utvärdering av Samhalls uppdrag	Linn	2020-02-16		B	Q1 2023
Uppföljning av genomlysning av vård- och omsorgsnämnden	Katarina	2019-08-28	Presentation av nyckeltal i mars	B	Q1 2023 mars
Kompetensförsörjningsplan			Muntlig information	MI/B	Q2 2023

