

Vård- och omsorgsnämnden

Tid och plats: Vård- och omsorgsnämnden kallas till sammanträde 2024-02-28 kl. 13.15 i kommunhuset, rum Hävrige**Katarina Berg**
Ordförande**Agnetha West**
Sekreterare

Nr	Ärendemening	Handläggare	Sid/Anm
1	Information om installation av digitala lås för brukar med hemtjänst eller trygghetslarm i ordinärt boende	Frida Appelkvist 13,15	
2	Information - återrapport välfärdsteknik	Urban Bertling 13.30	
3	Information - Digitala arbetsprov/språkombud	Therese Karlsson 13.45	
4	Ordförande informerar	Katarina Berg 13.55	
5	Förvaltningschefens rapport inkl <ul style="list-style-type: none">Lex Sarah/Lex MariaStatistik i verksamheternaKö till särskilt boendeAktuellt läge i hemtjänsten	Katarina Haddon 14.00	
6	Årsredovisning 2023	Katarina Haddon/ Pål Näslund 14.30	2
7	Patientsäkerhetsberättelse		45
9	Redovisning av åtgärder efter tillsyn av särskilt boende (3.5.1-35506/2022)		76
9	Riktlinjer för par- och medboende i särskilt boende		132
10	Revidering av riktlinjer för samverkan mellan vård- och omsorgs-, utbildnings- och kultur- och fritidsförvaltningen		149
11	Rapportering av ej verkställda gynnande beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)		156
12	Redovisning av Säg vad du tycker 2023		161
13	Redovisning av delegationsbeslut		164
14	Balanslista och årshjul		166
15	Sekretessärende: Beslut om särskild förordnad vårdnadshavare		*)
16	Sekretessärende: Beslut om särskild förordnad vårdnadshavare		*)
17	Sekretessärende: Faderskapsärende		*)

*) Handlingar delas ut på sammanträdet



Datum
2024-02-19

Dnr
VON.2024.11

OXL2
621
v 1.0
2007-
03-13

Vård- och omsorgsförvaltningen
Lena Lundin
0155-385 04

Vård- och omsorgsnämnden

Årsredovisning 2023

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämndens beslut

Årsredovisning 2023 godkänns.

2. Sammanfattning

Verksamheterna inom Vård- och omsorgsnämnden (VON) har till och med den sista juli 2023 bedrivits i de dåvarande underliggande förvaltningarna Äldreomsorgsförvaltningen (ÄF) och Social- och omsorgsförvaltningen (SOF). Från och med den första augusti bedrivs verksamheterna vidare i den nya sammanslagna förvaltningen Vård- och omsorgsförvaltningen (VOF). I vissa delar av den fortlöpande ekonomiska redovisningen kan en fortsatt indelning mellan SOF och ÄFs tidigare verksamhetsområden vara till hjälp vid analyser av olika slag. I dessa fall benämns respektive verksamhetsområde förkortat som SO och ÄO.

Resultatet för VOF totalt uppgår till 5,2 mkr. Härav utgör resultat hänförligt till ÄO 6,4 mkr och SO -1,2 mkr.

De större resultatavvikelserna i förhållande till den beviljade anslagsbudgeten ses för verksamheterna:

Äldreomsorg, ordinärt boende 1,8 mkr
Äldreomsorg, särskilt boende 4,7 mkr
Övrig äldreomsorg 0,5 mkr
Missbruksvård vuxna -1,0 mkr
Barn- och ungdomsvård 2,4 mkr
Ekonomiskt bistånd 2,3 mkr
Övrig individ- och familjeomsorg -4,8 mkr
Gemensam administration 1,7 mkr
Övrig SoL/HSL 0,8 mkr
Insatser enligt LSS -4,0 mkr
Integration 1,2 mkr
Arbetsmarknadsåtgärder 0,3

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse från Vård- och omsorgsförvaltningen 2024-02-19

Förslag till Vård- och omsorgsnämndens årsredovisning 2023

Katarina Haddon
Förvaltningschef

Beslut till:
KSF (FK)

Vård- och omsorgsförvaltningen Årsredovisning Helår 2023



Innehållsförteckning

Inledning – Social och omsorgsförvaltningen.....	5
Förvaltningsberättelse.....	5
Händelser av väsentlig betydelse.....	5
Utvärdering av kommunmål - "Den röda tråden".....	6
Väsentliga personalförhållanden.....	15
Inledning Äldreomsorgsförvaltningen.....	18
Förvaltningsberättelse.....	18
Händelser av väsentlig betydelse.....	18
Utvärdering av kommunmål - "Den röda tråden".....	19
Väsentliga personalförhållanden.....	29
Nämndernas driftredovisning.....	30
Vård- och omsorgsnämnden.....	30
Investeringsredovisning.....	33
Vård- och omsorgsnämnd.....	33
Bilaga 1 – Social- och omsorgsförvaltningen.....	35
Sammanställning av Nämndmål 2023.....	35
Mod och framtidstro.....	35
Trygg och säker uppväxt.....	35
God folkhälsa.....	35
Attraktiv bostadsort.....	35
Hållbar utveckling.....	36
Bilaga 1 – Social- och omsorgsförvaltningen.....	37
Sammanställning av kommunfullmäktigemål och nämndmål 2023.....	37
Mod och framtidstro.....	37
Trygg och säker uppväxt.....	37
God folkhälsa.....	37
Trygg och värdig ålderdom.....	37
Attraktiv bostadsort.....	38
Hållbar utveckling.....	38
Bilaga 1 – Äldreomsorgsförvaltningen.....	39
Sammanställning av Nämndmål 2023.....	39
Mod och framtidstro.....	39
Trygg och säker uppväxt.....	39
God folkhälsa.....	39

Trygg och värdig ålderdom.....	39
Attraktiv bostadsort.....	39
Hållbar utveckling.....	40
Bilaga 1 – Äldreomsorgsförvaltningen.....	41
Sammanställning av kommunfullmäktigemål och nämndmål 2023.....	41
Mod och framtidstro.....	41
Trygg och säker uppväxt.....	41
God folkhälsa.....	41
Trygg och värdig ålderdom.....	41
Attraktiv bostadsort.....	42
Hållbar utveckling.....	42

Social- och omsorgsförvaltningen Årsredovisning Helår 2023



Inledning – Social och omsorgsförvaltningen

Förvaltningsberättelse

Händelser av väsentlig betydelse

- **Ny gruppbostad** En ny gruppbostad med sex platser har byggts under året. Brukare och personal från Klockartorpsvägen har flyttat till den nya gruppbostraden då de tidigare lokalerna var undermåliga för användningsområdet. Samtidigt ökas antalet platser från fyra till sex.
- **Ny daglig verksamhet LSS** En företagsintegrerad grupp har startat inom verksamheten för daglig verksamhet och sysselsättning. Gruppen har arbetsuppgifter inom skötsel av inne- och utemiljö vid Stjärnholms ryttaförening, Förvaltningen bistår med handledare.
- **Ukraina – flyktingar** Arbetet med mottagande av flyktingar har pågått under första kvartalet 2023. Kommunen har mottagit hela tilldelningsantalet och har kunnat erbjuda bra boendeformer i samverkan med olika hyresvärdar. Tillsammans med frivilligorganisationer, studieförbund och kyrkan har flyktingarnas olika behov kunnat tillgodoses och en god acklimatisering har skett i kommunen.
- **Arbetslösheten** Arbetslösheten i riket och länet har stigit under andra halvåret 2023, men kommunen har fortsatt en relativt låg arbetslöshet. Vi ser goda effekter av arbetet på Drivhuset; som är en samverkansarena mellan bland annat kommunen och Arbetsförmedlingen i syfte att få arbetslösa personer i egen varaktig försörjning.
- **Sammanlagning av förvaltningar** Vård- och omsorgsnämndens två underliggande förvaltningar Social- och omsorgsförvaltningen och Äldreomsorgsförvaltningen har den 1 augusti 2023 slagits samman och blivit en förvaltning; Vård- och omsorgsförvaltningen. Detta har föregåtts av en utredning som visade på fördelen av att nyttja gemensamma resurser både avseende ekonomi och ur ett medarbetar- och brukarperspektiv.
- **Frisknärvaro** Arbetet med att öka frisknärvaron pågår ständigt. Statistiken visar att frånvaron har minskat och personalen arbetar med olika aktiviteter för att förebygga frånvaro på varje APT. Ett övergripande arbete gällande Friskfaktorer har också påbörjats i kommunen tillsammans med hälsostrateg, Sunt arbetsliv, hälsoinspiratörer och skyddsombud och kommer fortsätta under 2024.
- **Suicidprevention** Samtliga grupper inom funktionsstödsområdet samt individ och familjeomsorg är nu utbildade inom suicidprevention. Detta arbete har genomförts utifrån att kommunen sticker ut negativt i tillgänglig statistik.
- **Digitaliserad ansökan** Det har gjorts en förstudie kring digitalt ansökningsförfarande avseende ekonomiskt bistånd. I förstudien har kartlagts bland annat brukarperspektivet, handläggarens perspektiv samt genomfört omvärldsbevakning. Utifrån detta har det arbetats fram en plan för införandet där parametrar såsom tekniska resurser, användarvänlighet, arbetsrutiner och kvalitetssäkring beaktas.

Utvärdering av kommunmål - "Den röda tråden"

Redovisning per kommunmål

Sammanfattande bedömning för Mod och framtidstro

Måluppfyllelse nämndmål



17% (1 st)

83% (5 st)

Genomförandegrad aktiviteter



26% (5) st Vänteläge

74% (14) st Avslutad

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



1. Måluppfyllelsegrad och resultatnivå för mål tillhörande kommunmålet

	Måluppfyllelse (%)
Antal uppnådda mål	83 (5 st)
Antal ej uppnådda mål	17 (1 st)

Tabell – Andel uppfyllda och ej uppfyllda mål tillhörande Kommunmålet.

Det sammanslagna värdet för mål tillhörande kommunmålet når resultatnivån **mycket god måluppfyllelse** vilket är oförändrat jämfört med föregående år.

2. Reflektioner kring resultatnivå och arbetet med kommunmålet under det gångna året.

Det tillkommande målet "Öppna socialpsykiatriboende" från Förändringsbeskrivningen, har inte uppnåtts under året. Detta på grund av förseningar i ombyggnation samt sprinkleruppsättning i tilltänkt lokal, vilket ligger utanför förvaltningens möjlighet att påverka. Socialpsykiatriboendet planeras dock öppna under 2024.

Det sammantagna arbete med effektiviseringar och aktiviteter som gjorts i förvaltningen har bidragit till att övriga nämndmål uppnåtts och detta ger positiva effekter för dem som tar del av våra tjänster.

Bedömning av underliggande mål för kommunmål Mod och Framtidstro

Andelen med insats jobbcoach som efter avslut är i egen försörjning eller studier ska vara minst 50%.

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Jobbcoacher har tillsammans med enhetschef jobbat fram nya rutiner i syftet att få deltagare snabbare ut i arbete eller studier.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Andel i egen försörjning eller studier	75 %		50 %	

Förvaltningen kompetensutvecklar enligt framtagna plan.

Bedömd målpåfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Någon aktivitet har pausats på grund av förvaltningens omställningsarbete (från två till en förvaltning) och kommer att återupptas längre fram och anpassas till förutsättningarna inom den nya förvaltningen.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Antal genomförda aktiviteter				

Utökad förebyggande arbete

Bedömd målpåfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Resurser har omfördelats för att kunna tillsätta en ny enhetschefstjänst för det förebyggande arbetet. Ny chef kommer tillträda i januari 2024. Den nya cheftjänsten kommer innebära att mer fokus kommer kunna läggas på öppenvården. Det förebyggande arbetet kommer därför kunna fortsätta utvecklas för att tillgodose de behov som finns.

Ökad digitalisering av verksamheterna inom social- och omsorgsförvaltningen

Bedömd målpåfyllelse vid årets slut




Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Två aktiviteter gällande digitalisering är satta i vänteläge; dels på grund av viss resursbrist och dels med anledning av den genomförda förvaltningssammanslagningen där man kommer att ta ett övergripande nytag gällande digitalisering. Dock har en e-tjänst för orosanmälan tagits fram och finns på kommunens hemsida. Målet anses därmed uppfyllt.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Införa minst en lösning för välfärdsteknik alternativt digitalisera en process.	1	2	1	

Öppna socialpsykiatriboende

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Nej, på grund av orsaker som står utanför förvaltningens påverkan.

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Förseningar i ombyggnation samt sprinkleruppsättning i tilltänkt lokal. Detta ligger utanför förvaltningens möjlighet att påverka.

Vidtagna eller planerade åtgärder vid bristande måluppfyllelse

Ombyggnationen kommer bli färdig inom kort. Fortsatt planering för uppbyggnad av socialpsykiatriboendet kommer ske under 2024.

Nytt LSS-boende 2025

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja


Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Planering och förberedelser fortgår enligt plan.

Sammanfattande bedömning för Trygg och Säker uppväxt

Måluppfyllelse nämndmål



100% (2 st) 

Genomförandegrad aktiviteter



100% (10 st)  Avslutad

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



1. Måluppfyllelsegrad och resultatnivå för mål tillhörande kommunmålet

	Måluppfyllelse (%)
Antal uppnådda mål	100 (2 st)
Antal ej uppnådda mål	

Tabell – Andel uppfyllda och ej uppfyllda mål tillhörande Kommunmålet.

Det sammanslagna värdet för mål tillhörande kommunmålet når resultatnivån **mycket god måluppfyllelse** vilket är oförändrat jämfört med föregående år (Mycket god måluppfyllelse).

2. Reflektioner kring resultatnivå och arbetet med kommunmålet under det gångna året.

Förvaltningen har haft och har ett fortsatt fokus på det förebyggande arbetet. Förutom aktiviteter för att öka antalet besök hos familje- och ungdomsstöd har resurser omfördelats för att möjliggöra en ny chefstjänst med ansvar för det förebyggande arbetet samt vård på hemmaplan. Detta innebär att barn och unga med behov av stöd fångas upp tidigare och att stödet kan

Bedömd målpuffyllelse vid årets slut

ges i närmiljön.

Gällande ferieplatser så strävar förvaltningen efter att ordna feriepraktik i alla verksamheter där det är möjligt. Detta för att bidra till en trygg och säker miljö för ungdomarna genom att ge dem meningsfull sysselsättning under sommarlovet. Möjligheten till praktik bidrar också till att visa på och ge intresse för framtida arbetstillfällen för att stärka kompetensförsörjningen inom nämndens olika verksamhetsområden.

Bedömning av underliggande mål för kommunmål Trygg och Säker uppväxt

5 ungdomar erbjuds årligen ferieplatser inom social- och omsorgsförvaltningen.

Bedömd målpuffyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Under sommaren genomförde familj- och skolpedagogerna en aktivitet för 9 ferieungdomar med inriktning psykisk hälsa. 10 ungdomar var klara från början men blev ett avhopp efter uppstart pga. av att ungdomen blev erbjuden ett arbete över sommaren. Ungdomarna fick bland annat information från SAMBU, polisen, kommunens hälsostrateg m.fl. I målpuffyllelsen redovisas 5 ungdomar som mått för Social- och omsorgsförvaltningen samt 4 för Äldreomsorgsförvaltningen då detta arbete skett förvaltningsgemensamt.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Antal mottagna feriearbetare.	5		5	

Förebyggande arbete för barn och unga ska öka.

Bedömd målpuffyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Antalet besök hos familje- och ungdomsstöd ligger stadigt över målvärdet och alla aktiviteter genomförs enligt planering. Bland annat har riktad information om ungdomsstöd tagits fram, uppdaterats och spridits till målgruppen.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Antal pågående besök per månad hos familje- och ungdomsstöd.	50	30	20	

Sammanfattande bedömning för God folkhälsa

Måluppfyllelse nämndmål



50% (1 st)

50% (1 st)

Genomförandegrad aktiviteter



100% (4) st Avslutad

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



1. Måluppfyllelsegrad och resultatnivå för mål tillhörande kommunmålet

	Måluppfyllelse (%)
Antal uppnådda mål	50 (1 st)
Antal ej uppnådda mål	50 (1 st)

Tabell – Andel uppfyllda och ej uppfyllda mål tillhörande Kommunmålet.

Det sammanslagna värdet för mål tillhörande kommunmålet når resultatnivån **god måluppfyllelse** vilket är en viss försämrning jämfört med föregående år (Mycket god måluppfyllelse).

2. Reflektioner kring resultatnivå och arbetet med kommunmålet under det gångna året.

Trots vidtagna aktiviteter (möjlighet till digital ifyllnad) för att kvalitetssäkra brukarundersökningen inom boende LSS minskade deltagandet. Då resultaten kommit sent under året kommer en fortsatt analys göras under 2024 gällande vilka åtgärder som behöver vidtas.

Förvaltningen kompetensutvecklar egen personal för att de ska kunna hålla föräldraskapsprogrammen i egen regi. Dessa program är också ett viktigt led i det förebyggande arbetet.

Bedömning av underliggande mål för kommunmål God Folkhälsa

Öka deltagandet i brukarundersökningen inom boende LSS

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Nej

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Trots vidtagna aktiviteter (möjlighet till digital ifyllnad) för att kvalitetssäkra brukarundersökningen minskade deltagandet.

Vidtagna eller planerade åtgärder vid bristande måluppfyllelse

Då resultaten kommit sent under året kommer en fortsatt analys göras under 2024 gällande vilka åtgärder som behöver vidtas.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Andel som deltagit i brukarundersökningen	67 %	74 %	80 %	

Erbjuda föräldraskapsstödsprogram (ABC, FÖS och/eller SMB) varje termin.

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut




Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet


Aktivitet gällande information på olika språk om föräldraskapsutbildning är genomförd.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Antal genomförda föräldragrupper i något av programmen.	3		2	

Sammanfattande bedömning för Attraktiv bostadsort

Måluppfyllelse nämndmål



100% (2 st) 

Genomförandegrad aktiviteter



100% (4) st  Avslutad

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



1. Måluppfyllelsegrad och resultatnivå för mål tillhörande kommunmålet

	Måluppfyllelse (%)
Antal uppnådda mål	100 (2 st)
Antal ej uppnådda mål	

Tabell – Andel uppfyllda och ej uppfyllda mål tillhörande Kommunmålet.

Det sammanslagna värdet för mål tillhörande kommunmålet når resultatnivån **mycket god måluppfyllelse** vilket är en förbättring jämfört med föregående år (god måluppfyllelse).

2. Reflektioner kring resultatnivå och arbetet med kommunmålet under det gångna året.

Målet *Öka antal ärenden som är hanterade inom 24 h (i specialistgrupp)* bidrar till att uppnå en hög kommunal servicenivå, där medborgare får kontakt med rätt funktion inom förväntad tid.

Målet *Öka närvaro i de pågående ärenden som familje- och skolpedagogerna har* bidrar till ökad nöjdhet bland elever och föräldrar i kommunen.

Båda nämndmålen har uppfyllts.

Bedömning av underliggande mål för kommunmål Attraktiv bostadsort

Öka närvaro i de pågående ärenden som familje- och skolpedagogerna har

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut




Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Aktiviteter för att säkerställa att alla pågående ärenden har en plan för att öka närvaron i skolan är genomförda enligt planering.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Andel pågående ärenden med ökad närvaro.	73 %	69 %	50 %	

Öka antal ärenden som är hanterade inom 24 h (i specialistgrupp)

Bedömd målluppfyllelse vid årets slut




Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet


Avstämning med arbetsgruppen har skett månadsvis gällande att rutinen för ärenden i Artwise följs. Uppföljning vid årsskiftet visar att samtliga ärenden hanteras inom 24 h. (Artwise är det system där ärenden och frågor som inkommit till Kommuncenter fördelas ut till ansvariga handläggare på förvaltningarna.)


Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Andel ärenden hanterade inom 24 h.	100 %		100 %	

Sammanfattande bedömning för Hållbar utveckling

Målluppfyllelse nämndmål



17% (1 st) 

83% (5 st) 

Genomförandegrad aktiviteter



100% (32) st  Avslutad

Bedömd målluppfyllelse vid årets slut



1. Målluppfyllelsegrad och resultatnivå för mål tillhörande kommunmålet

	Målluppfyllelse (%)
Antal uppnådda mål	83 (5 st)
Antal ej uppnådda mål	17 (1 st)

Tabell – Andel uppfyllda och ej uppfyllda mål tillhörande Kommunmålet.

Det sammanslagna värdet för mål tillhörande kommunmålet når resultatnivån **mycket god målluppfyllelse** vilket är en förbättring jämfört med föregående år (god målluppfyllelse).

2. Reflektioner kring resultatnivå och arbetet med kommunmålet under det gångna året.

HME-värdet för hösten 2023 är detsamma som hösten 2022 (74) men lägre än vid delåret (våren 2023 = 77). Målvärdet 75 (=ökning av HME) vid årets slut uppnås därmed inte.

Ett arbete med Friskfaktorer har påbörjats under året och kommer fortsätta under 2024. Friskfaktorarbetet sker samverkan med Sunt arbetsliv, kommunens hälsostrateg, chefer, skyddsombud och hälsoinspiratörer och arbetet pågår fortlöpande ute i alla förvaltningens arbetsgrupper.

Bedömning av underliggande mål för kommunmål Hållbar utveckling

Nämnden håller sin driftsbudget

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Enhetschefer har haft regelbundna avstämningar med ekonom och förvaltningschef i syfte att ha fortlöpande kontroll på enheternas ekonomiska utfall.

Vidareutveckla en jämn könsfördelning inom omsorgspersonal

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Könsfördelning och mångfald tas alltid i beaktan vid rekrytering men anställning sker alltid utifrån kompetens.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Andel män av omsorgspersonal	26 %	17 %	25 %	

HME-värde ökar bland de anställda jämfört med föregående år

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Nej

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Vid den senaste arbetsmiljömätningen i september 2023 är värdet detsamma som vid helåret 2022 (74) men lägre än vid delåret 2023 (77). Målvärdet 75 uppnås dock inte. Orsaker till detta går troligen att finna i att förvaltningen under året befunnit sig i ett besvärligt läge med omorganisation samt personalbyte på flera strategiska och betydelsefulla funktioner inklusive chefer.

Vidtagna eller planerade åtgärder vid bristande måluppfyllelse

Inför 2024 har vi en större stabilitet inom området (förvaltingssammanslagningen) och detta tillsammans med att förvaltningen ser över åtgärder förväntas leda till ett högre HME-värde framåt.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
HME-index	74 %	74 %	75 %	— ↓

Nämnden håller sin budget på samtliga investeringar.

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Nämnden har vid årsskiftet inte använt hela den avsedda investeringsbudgeten. Dåvarande Social- och omsorgsförvaltningen och nuvarande Vård- och omsorgsförvaltningen har under året befunnit sig i ett besvärligt läge med omorganisation samt personalbyte på flera strategiska och betydelsefulla funktioner samt många nyanställda chefer. Detta har lett till att delar av det arbete som planerades för året inte har kunnat genomföras på det sätt som avsågs vid årets ingång.

Av det oförbrukade restbeloppet kommer förvaltningen äska att delar överförs som tilläggsbudget till 2024. Detta för att kunna täcka pågående eller planerade investeringar hänförliga till 2023 års budgetutrymme.

Öka frisknärvaron jämfört med föregående år

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Aktiviteter såsom uppföljning av medarbetare vid sjukskrivning, främja till fler hälsoinspiratörer samt arbete med friskfaktorer har genomförts. Arbetet med att öka frisknärvaron pågår ständigt och kommer fortsätta under 2024.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Statistik från Hypergene/personalenheten	91,95 %	91,27 %	91,74 %	● ↑

Alla verksamheter ska ha möjlighet till avfallsåtervinning

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut




Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

En kartläggning har gjorts som visar att de allra flesta verksamheter har god möjlighet till källsortering i anslutning till verksamhetens lokalisering.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Andel verksamheter med möjlighet till avfallsåtervinning	90 %		80 %	 —

Väsentliga personalförhållanden

Antal Anställda	2023			2022		
	tillsvidare	visstid	totalt	tillsvidare	visstid	totalt
Antal anställda per den 30 nov						
SOF	129	4	133	118	2	120

Under 2023 har antalet medarbetare inom social- och omsorgsförvaltningen ökat något. Detta är till största del en följd av omfördelning av resurser med anledning av förvaltningssammanslagningen.

Faktiskt arbetad tid	2023 jan-dec				2022 jan-dec			
	tillsv	visstid	tim	Totalt	tillsv	visstid	tim	Totalt
Faktiskt arbetad tid i årsarbetare								
SOF	100,7	3,2	14,8	118,7	96,7	2,1	13,8	112,6

Den faktiska arbetstiden har ökat något under 2023 vilket kan kopplas samman med att antalet medarbetare ökat enligt ovan.

Sjukfrånvaro	2023 jan-dec					2022 jan-dec				
	Dag 1	Dag 2-14	Dag 15-90	Dag 91-	Totalt	Dag 1	Dag 2-14	Dag 15-90	Dag 91-	Totalt
Sjukfrånvaro i % av timmar av all ordinarie arbetstid inkl. timanställda men enbart HÖK										
SOF	1,1	2,45	1,22	3,41	8,18	1,29	2,98	1,65	2,82	8,73

Sjukfrånvaron för 2023 har minskat något jämfört med 2022. Detta kan förklaras dels av att vi gått ur det tidigare läget med en pandemi i landet, dels av det aktiva arbete med friskfaktorer som påbörjats under året.

Övertid och mertid		
antal timmar omräknat i årsarbetare jan-dec	2 023	2 022
SOF	1	1,5

Antalet timmar i övertid och mertid är få och i stort sett desamma 2023 som 2022.

Kompetensstärkande arbete under året:

Under året har förvaltningen utbildat medarbetare inom

- Lågaffektivt bemötande
- Personcentrerat bemötande

- Suicidprevention
- Våld i nära relation (inom IFO)

Under slutet av året har också påbörjats ett arbete med att utöka antalet utvecklingsledare och 1:e socialsekreterare inom förvaltningen, vilket innebär att fler medarbetare kommer få ta del av ett utökat verksamhetsnära stöd i form av bland annat metodutveckling och handledning.

Äldreomsorgsförvaltningen

Årsredovisning

Helår 2023



Inledning Äldreomsorgsförvaltningen

Förvaltningsberättelse

Händelser av väsentlig betydelse

- **Hemtjänstgruppen Björntorp** I samband med starten av nybyggnationen av det nya särskilda boendet "Björntorp etapp 2" behövde hemtjänstgruppen flytta till nya lokaler i Torgskolan. Nya lokaler beräknades vara färdigställda under första kvartalet 2024, detta arbete har fördröjts och ny tidpunkt för inflyttning är inte fastställd.
- **Digitala inköp i hemtjänsten** Hemtjänsten började med digitala inköp för brukarna i början av 2023. Genom att inköpen sker digitalt kan hemtjänsten hjälpa brukarna med exempelvis att få hem varor av de märken de själv väljer. Samarbetet med ICA är nytt för båda parter och innebär att vi behöver hitta ett bra sätt att samarbeta kring exempelvis leveranserna. Vi för en kontinuerlig dialog med ICA för att förbättra planeringen oss emellan.
- **Sammanslagning av förvaltningar** Vård- och omsorgsnämndens två underliggande förvaltningar Social- och omsorgsförvaltningen och Äldreomsorgsförvaltningen har den 1 augusti 2023 slagits samman och blivit en förvaltning; Vård- och omsorgsförvaltningen. Detta har föregåtts av en utredning som visade på fördelen av att nyttja gemensamma resurser både avseende ekonomi och ur ett medarbetar- och brukarperspektiv.
- **Frisknärvaro** Arbetet med att öka frisknärvaron pågår ständigt. Statistiken visar att frånvaron har minskat och personalen arbetar med olika aktiviteter för att förebygga frånvaro på varje APT. Ett övergripande arbete gällande Friskfaktorer har också påbörjats i kommunen tillsammans med hälsostrateg, Sunt arbetsliv, hälsoinspiratörer och skyddsombud och kommer fortsätta under 2024.
- **Sjuksköterskeassistenter** I hemsjukvården har man provat att låna in undersköterskor i verksamheten för att underlätta för sjuksköterskorna. Undersköterskorna har utfört delegerade åtgärder från sjuksköterskorna. Detta har utvärderats under hösten och en permanent fortsättning är beslutad.
- En **vattenläcka** skedde vid vårt särskilda boende Björntorp. Detta ledde till att vi akut behövde omhänderta skadan. För att minimera påverkan för hyresgäster genomfördes en flytt av sex boende under två månader.
- Antalet personer som är **medicinskt färdigbehandlade** inom Region Sörmland har växt. Flera av dessa har kunnat återgå till sitt eget boende mycket tack vare det arbete som pågår kring nära vård. För att tillgodose ytterligare behov så har en ny tillfällig enhet för personer med demensproblematik öppnats. Detta frigör platser vid vår enhet för korttidsvård så att vi möjliggör en god hemgångskedja. Ett aktivt arbete för att ta hem färdigbehandlade från sjukhus pågår ständigt.
- Samtliga enheter inom särskilt boende och hemtjänst har nu etablerat **nya scheman**, för att efterleva den nya arbetstidslagen, inom sina enheter. Nu återstår kontinuerliga justeringar som är till gagn för såväl verksamhet som medarbetare.

Utvärdering av kommunmål - "Den röda tråden"

Redovisning per kommunmål

Sammanfattande bedömning för Mod och framtidstro

Måluppfyllelse nämndmål



100% (2 st)

Genomförandegrad aktiviteter



50% (2) st Vänteläge

50% (2) st Avslutad

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



1. Måluppfyllelsegrad och resultatnivå för mål tillhörande kommunmålet

	Måluppfyllelse (%)
Antal uppnådda mål	100 % (2 st)
Antal ej uppnådda mål	

Tabell – Andel uppfyllda och ej uppfyllda mål tillhörande Kommunmålet.

Det sammanslagna värdet för mål tillhörande kommunmålet når resultatnivån **mycket god måluppfyllelse** vilket är en förbättring jämfört med föregående år (god måluppfyllelse).

2. Reflektioner kring resultatnivå och arbetet med kommunmålet under det gångna året.

Det sammantagna arbete med effektiviseringar som gjorts i förvaltningen har bidragit till att nämndmålen uppnåtts och detta ger positiva effekter för dem som tar del av våra tjänster.

Bedömning av underliggande mål för kommunmål Mod och Framtidstro

Äldreomsorgsförvaltningen har ett resursfördelningssystem för att bemanna utifrån brukarnas behov

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Planerings- och resursfördelningssystemet IntraPhone har använts inom hemtjänsten sedan några år tillbaka. Från och med 1 oktober används IntraPhone även inom särskilt boende.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Resursfördelningssystem infört vid årets slut	Ja			

Ökad digitalisering av verksamheterna inom äldreomsorgsförvaltningen

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar


Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Projektet med att ta fram en e-tjänst för ansökan om hemtjänst har pausats med anledning av förvaltningssammanslagningen. Under kommande år kommer ett nytag göras för att se över ett flertal möjliga e-tjänster inom Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetsområde.


Dock har andra digitaliseringar genomförts under året; bland annat har avvikelshanteringen blivit digital i verksamhetssystemet Treserva.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Införa minst en lösning för välfärdsteknik alternativt digitalisera en process	1	1	1	

Sammanfattande bedömning för Trygg och Säker uppväxt

Måluppfyllelse nämndmål



100% (1 st) 

Genomförandegrad aktiviteter

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



1. Måluppfyllelsegrad och resultatnivå för mål tillhörande kommunmålet

	Måluppfyllelse (%)
Antal uppnådda mål	100 % (1 st)
Antal ej uppnådda mål	

Tabell – Andel uppfyllda och ej uppfyllda mål tillhörande Kommunmålet.

Det sammanslagna värdet för mål tillhörande kommunmålet når resultatnivån **mycket god måluppfyllelse**. Förra året fanns inga nämndmål under detta kommunmål.

2. Reflektioner kring resultatnivå och arbetet med kommunmålet under det gångna året.

Förvaltningen strävar efter att ordna feriepraktik i alla verksamheter där det är möjligt. Detta för att bidra till en trygg och säker miljö för ungdomarna genom att ge dem meningsfull sysselsättning under sommarlovet. Möjligheten till praktik bidrar också till att visa på och ge intresse för framtida arbetstillfällen för att stärka kompetensförsörjningen inom nämndens olika verksamhetsområden.

Bedömning av underliggande mål för kommunmål Trygg och Säker uppväxt

Fem ungdomar erbjuds årligen ferieplatser inom äldreomsorgsförvaltningen

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?


Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Genom ett samarbete med Social- och omsorgsförvaltningen genomförde familj- och skolpedagogerna en aktivitet för 9 ferieungdomar med inriktning psykisk hälsa. 10 ungdomar var klara från början men blev ett avhopp efter uppstart pga. av att ungdomen blev erbjuden ett arbete över sommaren.

Ungdomarna fick bland annat information från SAMBU, polisen, kommunens hälsostrateg m.fl. I


måluppfyllelsen redovisas 5 ungdomar som mått för Social- och omsorgsförvaltningen samt 4 för Äldreomsorgsförvaltningen. På ett av våra äldreboenden har man också tagit emot 4 feriepraktikanter.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Antal mottagna feriearbetare	8		5	

Sammanfattande bedömning för God folkhälsa

Måluppfyllelse nämndmål



100% (2 st) 

Genomförandegrad aktiviteter



100% (6) st  Avslutad

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



1. Måluppfyllelsegrad och resultatnivå för mål tillhörande kommunmålet

	Måluppfyllelse (%)
Antal uppnådda mål	100 % (2 st)
Antal ej uppnådda mål	

Tabell – Andel uppfyllda och ej uppfyllda mål tillhörande Kommunmålet.

Det sammanslagna värdet för mål tillhörande kommunmålet når resultatnivån **mycket god måluppfyllelse** vilket är oförändrat jämfört med föregående år (Mycket god måluppfyllelse).

2. Reflektioner kring resultatnivå och arbetet med kommunmålet under det gångna året.

Förvaltningen fortsätter arbeta aktivt för att uppnå högre deltagande i brukarundersökningar samt fortsätter utveckla Öppen träffpunkt för att nå ut till fler.

Bedömning av underliggande mål för kommunmål God Folkhälsa

Öka deltagandet i öppen träffpunkt

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar


Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Aktiviteter för att öka antalet deltagare i öppen träffpunkt pågår och har i flera fall slutförts.

Deltagandet per månad legat relativt högt under våren men sjönk under sommaren. Från september månad har återigen setts en ökning och deltagarantalet i snitt för helåret ligger strax över målvärdet.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Antal deltagare per månad i snitt	113	100	110	

Öka deltagandet i den nationella brukarundersökningen

Bedömd målpuffyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Aktiviteten att anordna en brukarundersökningsdag är genomförd under våren. Andelen som deltagit i brukarundersökningen, både avseende säbo och hemtjänst har ökat och ligger vid årets ökning på angivna målvärden för året.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Andel som deltagit i brukarundersökningen inom hemtjänst	57 %	54 %	57 %	— ↗
Andel som deltagit i brukarundersökningen inom särskilt boende	42 %	39 %	42 %	— ↗

Sammanfattande bedömning för Trygg och värdig ålderdom

Målpuffyllelse nämndmål



75% (3 st)

25% (1 st)

Genomförandegrad aktiviteter



100% (37) st ✓ Avslutad

Bedömd målpuffyllelse vid årets slut



1. Målpuffyllelsegrad och resultatnivå för mål tillhörande kommunmålet

	Målpuffyllelse (%)
Antal uppnådda mål	25 % (1 st)
Antal ej uppnådda mål	75 % (3 st)

Tabell – Andel uppfyllda och ej uppfyllda mål tillhörande Kommunmålet.

Det sammanslagna värdet för mål tillhörande kommunmålet når resultatnivån **relativt låg målpuffyllelse** vilket är oförändrat jämfört med föregående år (relativt låg målpuffyllelse).

2. Reflektioner kring resultatnivå och arbetet med kommunmålet under det gångna året.

Målen "Andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sitt SÄBO respektive hemtjänst ska öka" uppnås inte. I brukarundersökningen 2023 "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" blev utfallet för Oxelösunds kommun att 60 % är ganska eller mycket nöjda med sitt SÄBO. Snittutfallet för likvärdiga kommuner enligt Kolada (Malung/Sälen, Mellerud, Nordanstig, Kinda, Ovanåker, Hultsfred och Tanum) var 75,5 % vilket innebär att Oxelösund inte är i nivå med övriga kommuner avseende nöjdhet bland brukarna. Gällande nöjdhet med sin hemtjänst blev utfallet för Oxelösunds kommun att 64 % är ganska eller mycket nöjda. Snittutfallet för likvärdiga kommuner enligt Kolada (se ovan) var 87 % vilket innebär att Oxelösund inte är i nivå med övriga kommuner avseende nöjdhet bland brukarna.

Inga fokusgrupper har förekommit på säbo under året och planerad enkät har inte skickats ut till brukarna. Dåvarande Äldreomsorgsförvaltningen och nuvarande Vård- och omsorgsförvaltningen har under året befunnit sig i ett besvärligt läge med omorganisation samt personalbyte på flera strategiska och betydelsefulla funktioner samt många nyanställda chefer. Detta har lett till att delar av det arbete som planerades för året inte har kunnat genomföras på det sätt som troligen avsågs vid årets ingång.

När det gäller sammantagen nöjdhet hos brukare inom hemtjänst samt på SÄBO har förvaltningen satt samman en grupp som kommer arbeta vidare för att ta vidare ett förslag till tydlig handlingsplan med åtgärder för att uppnå målet nöjda brukare.

Målet "Antal personer (personal) som en brukare med hemtjänst möter under 14 dagar ska minska" uppnås inte. Dock har

Bedömd målpuffyllelse vid årets slut

antalet personer som en brukare med hemtjänst möter under 14 dagar minskat från 20 personer vid årets början till 18 personer vid årets slut. Aktiviteter har genomförts enligt planering; dock har vissa påfrestningar uppstått i och med nytt regelverk för dygns- och veckovila.

Verksamhetens planering och schemaläggning ses fortlöpande över i syfte att öka kontinuiteten hos brukaren. En minskning av antalet personal som en brukare med hemtjänst möter förväntas också uppnå mer nöjda brukare och anhöriga, vilket kan bidra till en positiv utveckling av utfallet i brukarundersökningar.

Bedömning av underliggande mål för kommunmål Trygg och värdig ålderdom

Andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst

Bedömd målpuffyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Nej

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

I brukarundersökningen 2023 "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" blev utfallet för Oxelösunds kommun 64 % är ganska eller mycket nöjda.

Snittutfallet för likvärdiga kommuner enligt Kolada (Malung/Sälen, Mellerud, Nordanstig, Kinda, Ovanåker, Hultsfred och Tanum) var 87 % vilket innebär att Oxelösund inte är i nivå med övriga kommuner avseende nöjdhet bland brukarna.

Aktiviteten är inte genomförd; planerad enkät har inte skickats ut till brukarna.

Dåvarande Äldreomsorgsförvaltningen och nuvarande Vård- och omsorgsförvaltningen har under året befunnit sig i ett besvärligt läge med omorganisation samt personalbyte på flera strategiska och betydelsefulla funktioner samt många nyanställda chefer. Detta har lett till att delar av det arbete som planerades för året inte har kunnat genomföras på det sett som troligen avsågs vid årets ingång.

Vidtagna eller planerade åtgärder vid bristande målpuffyllelse

När det gäller sammantagen nöjdhet hos brukare inom hemtjänst samt på säbo har förvaltningen satt samman en grupp som kommer arbeta vidare för att ta vidare ett förslag till tydlig handlingsplan med åtgärder för att uppnå målet nöjda brukare.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst ska öka	Nej			—

Antal personer (personal) som en brukare med hemtjänst möter under 14 dagar ska minska

Bedömd målpuffyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Nej



Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Målvärdet (16 personer) har inte uppnåtts, dock har antalet personer som en brukare med hemtjänst möter under 14 dagar minskat från 20 personer vid årets början till 18 personer vid årets slut.

Aktiviteter har genomförts enligt planering dock har vissa påfrestningar uppstått i och med nytt regelverk för dygns- och veckovila.

Vidtagna eller planerade åtgärder vid bristande måluppfyllelse

Verksamhetens planering och schemaläggning ses fortlöpande över i syfte att öka kontinuiteten hos brukaren. En minskning av antalet personal som en brukare med hemtjänst möter förväntas också uppnå mer nöjda brukare och anhöriga, vilket kan bidra till en positiv utveckling av utfallet i brukarundersökningar.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Antal personer (personal) som en brukare med hemtjänst möter under 14 dagar	18	20	16	 

Öka tillgänglighet till information gällande trygghet i hemmet och ute i samhället.

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut





Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Den planerade aktiviteten (information från Polis och Räddningstjänst på Seniorcafé) har genomförts. Aktiviteten "Planera din framtid" har delvis pausats i väntan på att Öppen träffpunkt etablerat sig i ny lokal, dock har ett utökat samarbete mellan arbetsterapeuter och biståndshandläggare införts.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Antal genomförda aktiviteter för att öka informationens tillgänglighet	1		1	 

Andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sitt SÄBO ska öka

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Nej

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet


I brukarundersökningen 2023 "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen" blev utfallet för Oxelösunds kommun 60 % är ganska eller mycket nöjda.

Snittutfallet för likvärdiga kommuner enligt Kolada (Malung/Sälen, Mellerud, Nordanstig, Kinda, Ovanåker, Hultsfred och Tanum) var 75,5 % vilket innebär att Oxelösund inte är i nivå med övriga kommuner avseende nöjdhet bland brukarna.

Inga fokusgrupper har förekommit på säbo under året. Dåvarande Äldreomsorgsförvaltningen och nuvarande Vård- och omsorgsförvaltningen har under året befunnit sig i ett besvärligt läge med omorganisation samt personalbyte på flera strategiska och betydelsefulla funktioner samt många nyanställda chefer. Detta har lett till att delar av det arbete som planerades för året inte har kunnat genomföras på det sätt som troligen avsågs vid årets ingång.

Vidtagna eller planerade åtgärder vid bristande måluppfyllelse


När det gäller sammantagen nöjdhet hos brukare inom hemtjänst samt på säbo har förvaltningen satt samman en grupp som kommer arbeta vidare för att ta vidare ett förslag till tydlig handlingsplan med åtgärder för att uppnå målet nöjda brukare.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Andel brukare som är ganska eller mycket med sitt SÄBO ska öka	 Nej			 —

Sammanfattande bedömning för Attraktiv bostadsort

Måluppfyllelse nämndmål



100% (1 st) 

Genomförandegrad aktiviteter



100% (2 st)  Avslutad

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



1. Måluppfyllelsegrad och resultatnivå för mål tillhörande kommunmålet

	Måluppfyllelse (%)
Antal uppnådda mål	100 % (1 st)
Antal ej uppnådda mål	

Tabell – Andel uppfyllda och ej uppfyllda mål tillhörande Kommunmålet.

Det sammanslagna värdet för mål tillhörande kommunmålet når resultatnivån **mycket god måluppfyllelse** vilket är oförändrat jämfört med föregående år (Mycket god måluppfyllelse).

2. Reflektioner kring resultatnivå och arbetet med kommunmålet under det gångna året.

Det uppfyllda nämndmålet bidrar till att uppnå en hög kommunal servicenivå, där medborgare får kontakt med rätt funktion inom förväntad tid.

Bedömning av underliggande mål för kommunmål Attraktiv bostadsort

Öka antal ärenden som är hanterade inom 24 h (i specialistgrupp)

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut




Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet



All rehabpersonal har fått utbildning och hanterar idag systemet Artvise/specialistgrupp enligt rutin och uppföljning vid årsskiftet visar att samtliga ärenden hanteras inom 24 h. (Artvise är det system där ärenden och frågor som inkommit till Kommuncenter fördelas ut till ansvariga handläggare på förvaltningarna.)

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Andel ärenden hanterade inom 24 h	100 %		100 %	 —

Sammanfattande bedömning för Hållbar utveckling

Måluppfyllelse nämndmål



17% (1 st) 
83% (5 st) 

Genomförandegrad aktiviteter



100% (56) st  Avslutad

Bedömd målluppfyllelse vid årets slut



1. Målluppfyllelsegrad och resultatnivå för mål tillhörande kommunmålet

	Målluppfyllelse (%)
Antal uppnådda mål	83 % (5 st)
Antal ej uppnådda mål	17 % (1 st)

Tabell – Andel uppfyllda och ej uppfyllda mål tillhörande Kommunmålet.

Det sammanslagna värdet för mål tillhörande kommunmålet når resultatnivån **mycket god målluppfyllelse** vilket är oförändrat jämfört med föregående år (Mycket god målluppfyllelse).

2. Reflektioner kring resultatnivå och arbetet med kommunmålet under det gångna året.

Målet "HME-värde ökar bland de anställda jämfört med föregående år" uppnås inte. Vid den senaste arbetsmiljömätningen i september 2023 sjönk värdet från 76 vid vårens mätning till nuvarande 65. Orsaker till detta kan troligen finnas dels i att dåvarande Äldreomsorgsförvaltningen och nuvarande Vård- och omsorgsförvaltningen under året befunnit sig i ett besvärligt läge med omorganisation samt personalbyte på flera strategiska och betydelsefulla funktioner samt många nyanställda chefer.

Förvaltningen arbetar nu med att ta fram en handlingsplan för att se över vilka åtgärder som krävs för att uppnå ett ökat HME-värde.

Ett arbete med Friskfaktorer har påbörjats under året och kommer fortsätta under 2024. Friskfaktorarbetet sker samverkan med Sunt arbetsliv, kommunens hälsostrateg, chefer, skyddsombud och hälsoinspiratörer och arbetet pågår fortlöpande ute i alla förvaltningens arbetsgrupper.

Bedömning av underliggande mål för kommunmål Hållbar utveckling

Nämnden håller sin driftsbudget

Bedömd målluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Enhetschefer har haft regelbundna avstämningar med ekonom och förvaltningschef i syfte att ha fortlöpande kontroll på enheternas ekonomiska utfall.

Vidareutveckla en jämn könsfördelning inom omsorgspersonal

Bedömd målluppfyllelse vid årets slut




Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Nyrekrytering sker alltid främst utifrån kompetens, men könsfördelningen beaktas också alltid där det är möjligt.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Andel män av månadsavlönad omsorgspersonal	18 %	15 %	18 %	

Nämnden håller sin budget på samtliga investeringar

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Nämnden har vid årsskiftet inte använt hela den avsedda investeringsbudgeten. Dåvarande Äldreomsorgsförvaltningen och nuvarande Vård- och omsorgsförvaltningen har under året befunnit sig i ett besvärligt läge med omorganisation samt personalbyte på flera strategiska och betydelsefulla funktioner samt många nyanställda chefer. Detta har lett till att delar av det arbete som planerades för året inte har kunnat genomföras på det sätt som avsågs vid årets ingång.

Av det oförbrukade restbeloppet kommer förvaltningen äska att delar överförs som tilläggsbudget till 2024. Detta för att kunna täcka pågående eller planerade investeringar hänförliga till 2023 års budgetutrymme.

HME-värde ökar bland de anställda jämfört med föregående år

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?


Nej

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Vid den senaste arbetsmiljömätningen i september 2023 sjönk värdet från 76 vid vårens mätning till nuvarande 65. Orsaker till detta går troligen att finna i att dåvarande Äldreomsorgsförvaltningen och nuvarande Vård- och omsorgsförvaltningen under året befunnit sig i ett besvärligt läge med omorganisation samt personalbyte på flera strategiska och betydelsefulla funktioner och många nyanställda chefer.

Vidtagna eller planerade åtgärder vid bristande måluppfyllelse

Förvaltningen arbetar med att ta fram en handlingsplan för att se över vilka åtgärder som krävs för att uppnå ett ökat HME-värde.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
HME-index	65 %	74 %	75 %	

Öka frisknärvaron jämfört med föregående år

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Arbetet med att öka frisknärvaron pågår ständigt. Rehabplaner finns på enskilda ärenden, chef följer upp all frånvaro och personalen arbetar med olika aktiviteter för att förebygga frånvaro på varje APT. Även schemajusteringar har gjorts. Massagefåöljer har köpts in till vissa verksamheter. Arbete med friskfaktorer tillsammans med hälsostrateg, Sunt arbetsliv, hälsoinspiratörer och skyddsombud har påbörjats och kommer fortsätta under året. Man arbetar också med friskfaktorer på APT.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Statistik från personalenheten	89,89 %	88,24 %	88,24 %	

Alla verksamheter ska ha möjlighet till avfallsåtervinning

Bedömd måluppfyllelse vid årets slut



Kommentar

Nås målet till årsskiftet?

Ja

Vad fungerade / kunde ha fungerat bättre i arbetet med handlingsplanens aktiviteter för att nå målet

Detta möjliggör för att kunna bedriva en god avfallsåtervinning inom alla förvaltningens verksamheter.

Mått	Utfall 2023	Utfall helår 2022	Mål 2023	Status & Utveckling
Andel verksamheter med möjlighet till avfallsåtervinning	90 %		80 %	

Väsentliga personalförhållanden

Antal Anställda	2023			2022		
	tillsvidare	visstid	totalt	tillsvidare	visstid	totalt
Antal anställda per den 30 nov						
ÄO	281	7	289	286	18	304

Under 2023 har antalet medarbetare inom äldreomsorgsförvaltningen minskat något. Detta är till största del en följd av omfördelning av resurser med anledning av förvaltningssammanslagningen. Noteras kan också att andelen visstidsanställda minskat vilket är positivt.

Faktiskt arbetad tid	2023 jan-dec				2022 jan-dec			
	tillsv	visstid	tim	Totalt	tillsv	visstid	tim	Totalt
Faktiskt arbetad tid i årsarbetare								
ÄO	211,2	12,6	49,9	273,8	207,1	18	55,3	280,4

Den faktiska arbetstiden har minskat något inom äldreomsorgen under 2023 vilket kan kopplas samman med att antalet medarbetare minskat enligt ovan.

Sjukfrånvaro	2023 jan-dec					2022 jan-dec				
	Dag 1	Dag 2-14	Dag 15-90	Dag 91-	Totalt	Dag 1	Dag 2-14	Dag 15-90	Dag 91-	Totalt
Sjukfrånvaro i % av timmar av all ordinarie arbetstid inkl. timanställda men enbart HÖK										
ÄO	1,5	2,92	1,45	4,17	10,04	1,63	3,86	2,47	3,4	11,36

Sjukfrånvaron för 2023 har minskat jämfört med 2022. Detta kan förklaras dels av att vi gått ur det tidigare läget med en pandemi i landet, dels av det aktiva arbete med friskfaktorer som påbörjats under året.

Övertid och mertid			
antal timmar omräknat i årsarbetare jan-dec		2023	2022
ÄO		3,7	7,8

Övertidsarbetet har minskat inom äldreomsorgen under 2023 vilket är en följd av ett riktat arbete med rätt bemanning.

Kompetensstärkande arbete under året:

Under 2023 har arbetet med äldreomsorgslyftet fortlöpt. Äldreomsorgslyftet är en kompetensstärkande insats för omsorgspersonal inom äldreomsorgen och som finansieras genom statsbidrag. Oxelösund har en hög andel utbildade undersköterskor i äldreomsorgen.

Under slutet av året har också påbörjats ett arbete med att utöka antalet utvecklingsledare och 1:e socialsekreterare inom förvaltningen, vilket innebär att även äldreomsorgens medarbetare kommer få ta del av ett utökat verksamhetsnära stöd i form av bland annat metodutveckling och handledning.

Nämndernas driftredovisning

Vård- och omsorgsnämnden

Utfall mot budget

Ekonomiskt utfall 2023, tkr.

Verksamhet	Anslag	Övriga intäkter	Kostnad	Resultat
Nämndverksamhet	1 020	0	-926	94
Miljö- o hälsoskydd	168	119	-332	-45
Gem administration	7 193	701	-6 165	1 729
Missbrukarvård vuxna	12 518	41	-13 511	-952
Barn- o ungdomsvård	23 374	1 499	-22 437	2 436
Ek bistånd	15 690	-1	-13 437	2 252
Övrig individ o familjeomsorg	10 069	1 560	-16 409	-4 780
Äldreomsorg, ordinärt boende	87 304	11 823	-97 291	1 836
Äldreomsorg, särskilt boende	113 404	25 038	-133 781	4 661
Övrig äldreomsorg	7 153	940	-6 732	1 361
Insatser enl LSS	58 154	4 546	-67 375	-4 675
Färdtjänst	1 646	103	-1 918	-169
Förebygg verksamhet	545	21	-564	2
Integration	10	3 395	-2 229	1 176
Arbetsmarknadsåtgärder	2 914	978	-3 608	284
Summa för ansvarsområdet	341 162	50 763	-386 715	5 210
Summa 2022	319 782	54 898	-362 697	11 983
Summa 2021	305 949	53 647	-352 278	7 318
Summa 2020	286 278	68 375	-353 332	1 321

Ursprungligt anslag	333 088
Ändrat anslag enligt följande beslut:	
Kapitalkostn nya inv. o hyror	3758
Löneöversyn, prio. grupper 2022	608
Löneöversyn, prio. grupper 2023	322
Ändrat PO-pålägg	3 143
Delkomp Kommunals löneavtal	243
Ny anslagsram	341 162

Verksamheterna inom Vård- och omsorgsnämnden (VON) har till och med den sista juli 2023 bedrivits i de dåvarande underliggande förvaltningarna Äldreomsorgsförvaltningen (ÄF) och Social- och omsorgsförvaltningen (SOF). Från och med den första augusti bedrivs verksamheterna vidare i den nya sammanslagna förvaltningen Vård- och omsorgsförvaltningen (VOF). I vissa delar av den fortlöpande ekonomiska redovisningen kan en fortsatt indelning mellan SOF och ÄFs tidigare verksamhetsområden vara till hjälp vid analyser av olika slag. I dessa fall benämns respektive verksamhetsområde förkortat som SO och ÄO.

Resultatet för VOF totalt uppgår till 5,2 mkr. Härav utgör resultat hänförligt till ÄO 6,4 mkr och SO - 1,2 mkr.

Ur den verksamhetsindelade redovisningen för VOF kan de större resultatavvikelsena i förhållande till

den beviljade anslagsbudgeten avläsas.

Verksamhetsområdet inom ÄO omfattar huvudsakligen Vård och omsorg SoL och HSL samt Förebyggande verksamhet, och där de större resultatavvikelserna återfinns inom underliggande verksamheter såsom;

Äldreomsorg ordinärt boende, 1,8 mkr. Verksamhetsområdet innefattar främst hemtjänst, hemsjukvård, rehab, hjälpmedel, korttidsvård, nattpersonal samt verksamhetsledning. En positiv resultatutveckling kan noteras inom främst hemtjänstgrupperna och rehab vilket bidrar till huvuddelen av överskottet. Även erhållna bidragsmedel som delvis kunnat täcka merkostnader för inhyrda biståndshandläggare och sjuksköterskor har bidragit till en större stabilitet inom dessa verksamheter.

Äldreomsorg särskilt boende, 4,7 mkr. Verksamhetsområdet innefattar främst särskilda boenden, sjuksköterskor, rehab, nattpersonal samt verksamhetsledning. Verksamheten belastas resultatmässigt av höga kostnader för inhyrda sjuksköterskor och konsultstöd, men där dessa kostnader kompenseras av minskade personalkostnader till följd av olika former av uppkomna vakanser. Även inom området särskilt boende har erhållna bidragsmedel delvis kunnat täcka merkostnader för inhyrda sjuksköterskor och därmed bidragit till en större stabilitet inom dessa verksamheter.

Övrig äldreomsorg, SoL/HSL, 0,5 mkr. Verksamhetsområdet innefattar för ÄOs del huvudsakligen viss gemensam administration och där överskottet hänför sig till olika vakanser under året.

Det kan noteras att i de redovisade utfallen för såväl ordinärt som särskilt boende ingår en kostnadsbelastning utöver budget hänförligt till kommunals löneavtal 2023. Den samlade kostnadsbelastningen utöver budget inom ÄOs verksamheter har bedömts uppgå till ca 177 tkr per månad med effekt från april och framåt. Således innefattar ÄOs resultatutfall en kostnad för dessa avtalseffekter med totalt ca 1,6 mkr.

Verksamhetsområdet inom SO omfattar alla övriga verksamhetskoder förutom äldreomsorg, som är aktuella inom Vård- och omsorgsnämndens ansvar, och där de större budgetavvikelserna återfinns inom underliggande verksamheter såsom;

Verksamhetsområdet Individ och familjeomsorg samlar flera olika underliggande verksamheter och där följande resultat kommenteras nedan.

Missbruksvård vuxna, -1,0 mkr. Underskottet hänför sig i huvudsak till högre placeringskostnader än budgeterat.

Barn och ungdomsvård, 2,4 mkr. I huvudsak hänför sig överskottet till vakanser inom personalgruppen socialsekreterare, vilket kompenserar för överskjutande kostnader avseende placeringar. Överskottet till följd av vakanser kan även kopplas till underskottet inom verksamheten för Övrig individ och familjeomsorg, där konsultkostnader redovisas samlat inom verksamhetsområdet.

Ekonomiskt bistånd, 2,3 mkr. Överskottet hänför sig i huvudsak till under året uppkomna vakanser inom personalgruppen socialsekreterare och enhetschef. Även kostnaden för utbetalt försörjningsstöd underskrider sin budget för året. Överskottet avseende vakanser kan även här kopplas till underskottet inom verksamheten för Övrig individ och familjeomsorg, där konsultkostnader redovisas samlat inom verksamhetsområdet.

Övrig individ och familjeomsorg, -4,8 mkr. Huvudsakligen hänför sig underskottet till högre kostnader än budgeterat avseende konsultstöd för tillfällig täckning av vakanser för socialsekreterare och enhetschef.

Inom SOs övriga verksamheter kan noteras större budgetavvikelser inom följande områden;

Gemensam administration, 1,7 mkr. I huvudsak förklaras överskottet av tillfälligt uppkomna vakanser avseende administration samt därtill lägre gemensamma systemkostnader för de båda tidigare förvaltningarna inom VON.

Övrig äldreomsorg, SoL/HSL, 0,8 mkr. Överskottet avseende SOs del av verksamhetsområdet hänför sig huvudsakligen till tillfälliga vakanser inom boendestöd.

Insatser enl LSS, -4,0 mkr. SO's andel av underskottet inom verksamhetsområdet hänför sig

huvudsakligen till högre personalkostnader än budgeterat avseende gruppbestäder och daglig verksamhet. Även verksamheten för personlig assistans överskrider kostnadsmässigt sin budget till följd av höga sjuklönersättningar samt under året tillkommande ärenden. Efter sammanslagningen till en gemensam förvaltning har även ÅO en del i sin redovisning hänförlig till denna verksamhet, avseende sjuksköterskebemanning. Resultatutfallet för ÅOs andel uppgår till -0,6 mkr och för VOF totalt således till -4,6 mkr.

Integration, 1,2 mkr. Överskottet förklaras främst av att kostnader för flyktingbarn underskrider budget. Det kan även noteras att kostnader avseende mottagning från Ukraina finansierats genom separata bidragsmedel från Migrationsverket enligt EU's massflyktsdirektiv och som därmed inte inräknas som en del i verksamhetsområdet Integration.

Arbetsmarknadsåtgärder, 0,3 mkr. Överskottet hänför sig i huvudsak till uppkomna tillfälliga vakanser under året.

Även för verksamheterna inom SO kan noteras att i de redovisade utfallen ingår en kostnadsbelastning utöver budget hänförligt till kommunals löneavtal 2023. Den samlade kostnadsbelastningen utöver budget inom SOs verksamheter har bedömts uppgå till ca 48 tkr per månad med effekt från april och framåt. Således innefattar SOs resultatutfall en kostnad för dessa avtalseffekter med totalt ca 0,4 mkr.

Ur den kontogrupsindelade redovisningen för VOF kan noteras större budgetavvikelser inom följande kontogrupper:

Avgiftsintäkter, utfallet överskrider budget med 1,0 mkr. Avvikelsen förklaras främst av att avgiftsintäkterna inom hemtjänstgrupperna överskrider budget.

Bidragsintäkter, utfallet överskrider budget med 7,3 mkr. Avvikelsen förklaras främst av högre intäkter än budgeterat avseende bidrag från Socialstyrelsen och Migrationsverket. Även ett högre utfall avseende arbetsmarknadsstöd samt kostnadsersättningen för mottagande från Ukraina bidrar till överskottet i förhållande till budget.

Övriga intäkter, utfallet överskrider budget med 1,6 mkr. Avvikelsen förklaras i huvudsak av övriga försäljningsintäkter från praktikplatser för högskolor, tillhandahållande av tjänster för privata utförare av personlig assistans samt intäkter från bemanning vid trygghetsboende. Även intäkter avseende så kallade tomhyror vid tillfälligt vakanta boendelägenheter utgör en del i överskottet men där dessa avvikelser kompenseras av motsvarande kostnader under rubriken lokalkostnader.

Anslagsintäkter, utfallet följer aktuell budget.

Personalkostnader, utfallet underskrider budget med 15,6 mkr. Avvikelsen förklaras i huvudsak av olika vakanser, men där detta överskott också kan kopplas till underskottet inom kontogruppen för köp av verksamhet och övriga kostnader, där kostnader för inhyrd personal och konsulter redovisas.

Lokalkostnader, utfallet överskrider budget med 0,3 mkr. Avvikelsen förklaras i huvudsak av redovisade tomhyror för ej uthyrda lägenheter och där motsvarande intäkt har redovisats under rubriken övriga intäkter.

Kostnader för köp av verksamhet, utfallet överskrider budget med 14,3 mkr. Avvikelsen förklaras huvudsakligen av högre kostnader än budgeterat avseende inhyrda sjuksköterskor, biståndshandläggare och socialsekreterare. Även högre placeringskostnader samt kostnader för utförare av personlig assistans har del i avvikelsen.

Övriga kostnader, utfallet överskrider budget med 5,8 mkr. Den sammanlagda avvikelsen fördelar sig över ett flertal underliggande konton och där underskottet till stor del hänför sig till kostnader avseende tillförordnade enhetschefer och annat konsultstöd.

Utfall jämfört med föregående år

I jämförelse med resultatutfallet vid föregående års bokslut för VON totalt, kan noteras följande

förändring mellan åren. Föregående års värden anges inom parentes.

Det aktuella resultatet innevarande år uppgår till 5,2 mkr (12,0 mkr). Resultatet föregående år var i viss utsträckning påverkat av coronapandemin med de olika merkostnader och bidrag som detta medförde. För innevarande år kan sägas att sådana poster inte längre förekommer. Samtliga värden anges inklusive eventuella merkostnader eller intäkter för corona.

Avgiftsintäkter, 10,1 mkr (9,1 mkr). Avgiftsintäkterna har ökat med 11,0 % mellan åren, vilket kan relateras till en hög kostnadsutveckling för bland annat måltider och livsmedel.

Bidragsintäkter, 17,8 mkr (24,0 mkr). Bidragsintäkterna har minskat med 25,8 %. Minskade intäkter avseende coronastöd förklarar till största del förändringen mellan åren.

Övriga intäkter, 22,8 mkr (21,8 mkr). Övriga intäkter har ökat med 4,6 %. Inom kontogruppen redovisas bland annat boendehyror, vilka ökat med 4,0 % sammantaget.

Anslagsintäkter, 341,2 mkr (319,8 mkr). Anslagsintäkter ökar med 6,7 %. Ökningen kan relateras i jämförelsen mellan åren till bland annat helårseffekten av finansieringen för tillkommande gruppbostad inom LSS samt finansiering av ökade PO-påslag.

Personalkostnader, 243,9 mkr (233,3 mkr). Personalkostnaderna har ökat med 4,5 %. Föregående år belastades med coronarelaterade merkostnader uppgående till ca 3,7 mkr, men där innevarande år i stället belastats med höjt PO-påslag samt en högre kostnadsutveckling hänförligt till kommunals löneavtal 2023. Ett relativt stort antal vakanser dämpar dock kostnadsutvecklingen som annars skulle vara fallet. Motsvarande konsultkostnader för täckande av sådana vakanser återfinns i efterföljande kontogrupper.

Kostnader för lokaler, 37,8 mkr (34,9 mkr). Lokalkostnaderna har ökat med 8,3 %. Ökningen innefattar bland annat helårseffekt av ny gruppbostad inom LSS, samt även mottagning och lägenhetshyror avseende Ukraina.

Kostnader för köp av verksamhet, 41,2 mkr (35,7 mkr). Köpt verksamhet ökar med 15,4 %, vilket huvudsakligen förklaras av att kostnader för inhyrda socialsekreterare och sjuksköterskor ökat i jämförelsen mellan åren.

Övriga kostnader, 63,7 mkr (58,8 mkr). Övriga kostnader har ökat med 8,3 % i jämförelsen mellan åren. Ökningen förklaras till del av högre konsultkostnader för ledning och andra projektbetonade konsultarbeten. Även kostnader för måltider, livsmedel och förbrukningsmaterial påvisar en tydlig ökning och kan sannolikt också relateras till en allmänt hög prisutveckling 2023.

Investeringsredovisning

Vård- och omsorgsnämnd

Nedan tabell visar aktuellt utfall avseende investeringar för Vård- och omsorgsnämnden.

Investeringar 2023

[mkr]

Vård- o omsorgsnämnden	Helårs- budget 2023	Utfall ack dec	Awikelse restbelopp 2023
SO, Digitalisering och IT	2,9	0,0	2,9
SO, Inventarier	1,8	0,4	1,4
SO, Utrustning	0,0	0,0	0,0
ÄO, Digitalisering och IT	4,0	0,0	4,0
ÄO, Inventarier	1,5	0,8	0,7
ÄO, Utrustning	0,3	0,1	0,2
Summa	10,5	1,3	9,2

Det aktuella utfallet innefattar till största del fortsatta investeringsposter gällande inventarier till nya gruppboenden i Körsbäret samt till särskilda boenden. Vid en förnyad översyn av tillgängliga budgetvärden kan noteras att förvaltningen i flera fall sett en möjlighet att återföra sådana budgetutrymmen. Denna bedömning grundar sig bland annat på att förvaltningen vid investeringar exempelvis i nya tekniska hjälpmedel i allt större utsträckning eftersträvar att köpa eller hyra in en funktion snarare än att äga dessa hjälpmedel med eget drifts och underhållsansvar.

Av det oförbrukade restbeloppet 9,2 mkr äskar förvaltningen att 3,0 mkr överförs som tilläggsbudget till 2024. Detta för att kunna täcka pågående eller planerade investeringar hänförliga till 2023 års budgetutrymme.

Bilaga 1 – Social- och omsorgsförvaltningen

Sammanställning av Nämndmål 2023

Mod och framtidstro

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Andelen med insats jobbcoach som efter avslut är i egen försörjning eller studier ska vara minst 50%.	●	 4 st (100%) ✓ Avslutad
Förvaltningen kompetensutvecklar enligt framtagen plan.	●	 1 st (10%) ⏸ Vänteläge 9 st (90%) ✓ Avslutad
Utökat förebyggande arbete	●	
Ökad digitalisering av verksamheterna inom social- och omsorgsförvaltningen	●	 4 st (80%) ⏸ Vänteläge 1 st (20%) ✓ Avslutad
Öppna socialpsykiatriboende	■	
Nytt LSS-boende 2025	●	

Trygg och säker uppväxt

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
5 ungdomar erbjuds årligen ferieplatser inom social- och omsorgsförvaltningen.	●	 6 st (100%) ✓ Avslutad
Förebyggande arbete för barn och unga ska öka.	●	 4 st (100%) ✓ Avslutad













God folkhälsa

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Öka deltagandet i brukarundersökningen inom boende LSS	■	 3 st (100%) ✓ Avslutad
Erbjuda föräldraskapsstödsprogram (ABC, FÖS och/eller SMB) varje termin.	●	 1 st (100%) ✓ Avslutad

Attraktiv bostadsort

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Öka närvaro i de pågående ärenden som familje- och skolpedagogerna har	●	 2 st (100%) ✓ Avslutad
Öka antal ärenden som är hanterade inom 24 h (i specialistgrupp)	●	 2 st (100%) ✓ Avslutad

Hållbar utveckling

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Nämnden håller sin driftsbudget		 6 st (100%) ✓ Avslutad
Vidareutveckla en jämn könsfördelning inom omsorgspersonal		 6 st (100%) ✓ Avslutad
HME-värde ökar bland de anställda jämfört med föregående år		 6 st (100%) ✓ Avslutad
Nämnden håller sin budget på samtliga investeringar.		 1 st (100%) ✓ Avslutad
Öka frisknärvaron jämfört med föregående år		 12 st (100%) ✓ Avslutad
Alla verksamheter ska ha möjlighet till avfallsåtervinning		 1 st (100%) ✓ Avslutad

Bilaga 1 – Social- och omsorgsförvaltningen

Sammanställning av kommunfullmäktigemål och nämndmål 2023

Mod och framtidstro

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
Alla nämnder tillvaratar möjliga effektiviseringar inom sitt ansvarsområde som bryter mönster och prövar nya kostnadseffektiva arbetssätt.	■	Förvaltningen kompetensutvecklar enligt framtagen plan. (Social- och omsorgsförvaltningen)	●
		Utökat förebyggande arbete (Social- och omsorgsförvaltningen)	●
		Öppna socialpsykiatriboende (Social- och omsorgsförvaltningen)	■
		Nytt LSS-boende 2025 (Social- och omsorgsförvaltningen)	●
Andelen sysselsatta bland Oxelösunds befolkning i arbetsför ålder ökar jämfört med föregående år.	■	Andelen med insats jobbcoach som efter avslut är i egen försörjning eller studier ska vara minst 50%. (Social- och omsorgsförvaltningen)	●
Genom att stärka kommunens attraktionskraft som turist- och boendeort bidrar alla nämnder och bolag till att antalet invånare i Oxelösund årligen ökar med minst 90 personer jämfört med föregående år.	■	Ökad digitalisering av verksamheterna inom social- och omsorgsförvaltningen (Social- och omsorgsförvaltningen)	●

Trygg och säker uppväxt

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
Trygghet bland barn och ungdomar i Oxelösund ökar jämfört med föregående år.	■	Förebyggande arbete för barn och unga ska öka. (Social- och omsorgsförvaltningen)	●
100 ungdomar erbjuds årligen ferieplatser i kommunal verksamhet.	■	5 ungdomar erbjuds årligen ferieplatser inom social- och omsorgsförvaltningen. (Social- och omsorgsförvaltningen)	●

God folkhälsa

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
Fler invånare använder de möjligheter som finns för att delta i kommunens utveckling jämfört med föregående år.	■	Öka deltagandet i brukarundersökningen inom boende LSS (Social- och omsorgsförvaltningen)	■
Fler invånare deltar i kommunala verksamheter och aktiviteter som främjar kultur, friskvård och hälsa jämfört med föregående år.	■		
Bruk av tobak och alkohol bland ungdomar i Oxelösund minskar jämfört med föregående år.	■	Erbjuda föräldraskapsstödsprogram (ABC, FÖS och/eller SMB) varje termin. (Social- och omsorgsförvaltningen)	●

Trygg och värdig ålderdom

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
Andel äldre (65+) i Oxelösund som känner sig trygga ökar (jämfört med föregående år)	■		

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
genom äldres deltagande i kommunala trygghetsskapande verksamheter och aktiviteter.			

Attraktiv bostadsort

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
Nöjdhet bland elever och föräldrar i förskola och skolor i Oxelösunds Kommun ökar jämfört med föregående år (UN). (B)	■	Öka närvaro i de pågående ärenden som familje- och skolpedagogerna har (Social- och omsorgsförvaltningen)	●
Kommuninvånarens upplevelse av gott bemötande och enkelhet att komma i kontakt med kommunens verksamheter ökar jämfört med föregående år.	■	Öka antal ärenden som är hanterade inom 24 h (i specialistgrupp) (Social- och omsorgsförvaltningen)	●







Hållbar utveckling

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
För att minska negativ miljö- och klimatpåverkan ska mängden uppkommit avfall reduceras och återvinning öka jämfört med föregående år	■	Alla verksamheter ska ha möjlighet till avfallsåtervinning (Social- och omsorgsförvaltningen)	●
Balansen mellan kvinnor och män i kommunens största yrkesgrupper utvecklas mot en jämnare fördelning jämfört med föregående år.	■	Vidareutveckla en jämn könsfördelning inom omsorgspersonal (Social- och omsorgsförvaltningen)	●
Resultatet efter reavinst, uttryckt som andel av skatter och statsbidrag ska 2023-2025 vara 0,0 %.	■	Nämnden håller sin driftsbudget (Vård- och omsorgsnämnden)	●
Nettokostnadsandelen skall 2023 vara max 99 %, 2024 100 % och 2025 100 %.	■	Nämnden håller sin budget på samtliga investeringar. (Social- och omsorgsförvaltningen)	●
Kommunens värde för "Hållbart medarbetarengagemang" (HME) bland kommunens anställda ökar jämfört med föregående år.	■	HME-värde ökar bland de anställda jämfört med föregående år (Social- och omsorgsförvaltningen)	■
Sjukfrånvaron hos kommunanställda minskar jämfört med föregående år.	■	Öka frisknärvaron jämfört med föregående år (Social- och omsorgsförvaltningen)	●


Bilaga 1 – Äldreomsorgsförvaltningen

Sammanställning av Nämndmål 2023







Mod och framtidstro

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Äldreomsorgsförvaltningen har ett resursfördelningssystem för att bemanna utifrån brukarnas behov		 2 st (100%)  Avslutad
Ökad digitalisering av verksamheterna inom äldreomsorgsförvaltningen		 2 st (100%)  Vänteläge













Trygg och säker uppväxt

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Fem ungdomar erbjuds årligen ferieplatser inom äldreomsorgsförvaltningen		




God folkhälsa

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Öka deltagandet i öppen träffpunkt		 3 st (100%)  Avslutad
Öka deltagandet i den nationella brukarundersökningen		 3 st (100%)  Avslutad







Trygg och värdig ålderdom

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst		 5 st (100%)  Avslutad
Antal personer (personal) som en brukare med hemtjänst möter under 14 dagar ska minska		 10 st (100%)  Avslutad
Öka tillgänglighet till information gällande trygghet i hemmet och ute i samhället.		 15 st (100%)  Avslutad
Andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sitt SÄBO ska öka		 7 st (100%)  Avslutad

Attraktiv bostadsort

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Öka antal ärenden som är hanterade inom 24 h (i specialistgrupp)		 2 st (100%)  Avslutad

Hållbar utveckling

Nämndmål	Bedömning	Aktivitetsstatus
Nämnden håller sin driftsbudget	●	 2 st (100%) ✓ Avslutad
Vidareutveckla en jämn könsfördelning inom omsorgspersonal	●	 13 st (100%) ✓ Avslutad
Nämnden håller sin budget på samtliga investeringar	●	 2 st (100%) ✓ Avslutad
HME-värde ökar bland de anställda jämfört med föregående år	■	 15 st (100%) ✓ Avslutad
Öka frisknärvaron jämfört med föregående år	●	 19 st (100%) ✓ Avslutad
Alla verksamheter ska ha möjlighet till avfallsåtervinning	●	 5 st (100%) ✓ Avslutad

Bilaga 1 – Äldreomsorgsförvaltningen

Sammanställning av kommunfullmäktigemål och nämndmål 2023

Mod och framtidstro

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
Alla nämnder tillvaratar möjliga effektiviseringar inom sitt ansvarsområde som bryter mönster och prövar nya kostnadseffektiva arbetssätt.	—	Äldreomsorgsförvaltningen har ett resursfördelningssystem för att bemanna utifrån brukarnas behov (Äldreomsorgsförvaltningen)	●
Andelen sysselsatta bland Oxelösunds befolkning i arbetsför ålder ökar jämfört med föregående år.	—		
Genom att stärka kommunens attraktionskraft som turist- och boendeort bidrar alla nämnder och bolag till att antalet invånare i Oxelösund årligen ökar med minst 90 personer jämfört med föregående år.	—	Ökad digitalisering av verksamheterna inom äldreomsorgsförvaltningen (Äldreomsorgsförvaltningen)	●

Trygg och säker uppväxt

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
Trygghet bland barn och ungdomar i Oxelösund ökar jämfört med föregående år.	—		
100 ungdomar erbjuds årligen ferieplatser i kommunal verksamhet.	—	Fem ungdomar erbjuds årligen ferieplatser inom äldreomsorgsförvaltningen (Äldreomsorgsförvaltningen)	●

God folkhälsa

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
Fler invånare använder de möjligheter som finns för att delta i kommunens utveckling jämfört med föregående år.	—	Öka deltagandet i den nationella brukarundersökningen (Äldreomsorgsförvaltningen)	●
Fler invånare deltar i kommunala verksamheter och aktiviteter som främjar kultur, friskvård och hälsa jämfört med föregående år.	—	Öka deltagandet i öppen träffpunkt (Äldreomsorgsförvaltningen)	●
Bruk av tobak och alkohol bland ungdomar i Oxelösund minskar jämfört med föregående år.	—		

Trygg och värdig ålderdom

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
Andel äldre (65+) i Oxelösund som känner sig trygga ökar (jämfört med föregående år) genom äldres deltagande i kommunala trygghetsskapande verksamheter och aktiviteter.	—	Öka tillgänglighet till information gällande trygghet i hemmet och ute i samhället. (Äldreomsorgsförvaltningen)	●

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
Andelen brukare som är ganska eller mycket nöjda med sitt särskilda boende är minst i nivå med genomsnittet vid senaste mätning i likvärdiga kommuner (VON, KFN, KS, KBAB). (B)	■	Andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sitt SÄBO ska öka (<i>Åldreomsorgsförvaltningen</i>)	■
Andelen brukare som är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst är minst i nivå med genomsnittet vid senaste mätning i likvärdiga kommuner (VON, KFN, KS). (B)	■	Andel brukare som är ganska eller mycket nöjda med sin hemtjänst (<i>Åldreomsorgsförvaltningen</i>)	■
Antal personer (personal) som en brukare med hemtjänst möter under 14 dagar är högst i nivå med genomsnittet vid senaste mätning i likvärdiga kommuner (VON). (B)	■	Antal personer (personal) som en brukare med hemtjänst möter under 14 dagar ska minska (<i>Åldreomsorgsförvaltningen</i>)	■

Attraktiv bostadsort

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
Kommuninvånarens upplevelse av gott bemötande och enkelhet att komma i kontakt med kommunens verksamheter ökar jämfört med föregående år.	■	Öka antal ärenden som är hanterade inom 24 h (i specialistgrupp) (<i>Åldreomsorgsförvaltningen</i>)	●

Hållbar utveckling

KF-mål	Status	Nämndmål	Status
För att minska negativ miljö- och klimatpåverkan ska mängden uppkommit avfall reduceras och återvinning öka jämfört med föregående år	■	Alla verksamheter ska ha möjlighet till avfallsåtervinning (<i>Åldreomsorgsförvaltningen</i>)	●
Balansen mellan kvinnor och män i kommunens största yrkesgrupper utvecklas mot en jämnare fördelning jämfört med föregående år.	■	Vidareutveckla en jämn könsfördelning inom omsorgspersonal (<i>Åldreomsorgsförvaltningen</i>)	●
Resultatet efter reavinster, uttryckt som andel av skatter och statsbidrag ska 2023-2025 vara 0,0 %.	■	Nämnden håller sin driftsbudget (<i>Vård- och omsorgsnämnden</i>)	●
Nettokostnadsandelen skall 2023 vara max 99 %, 2024 100 % och 2025 100 %.	■	Nämnden håller sin budget på samtliga investeringar (<i>Åldreomsorgsförvaltningen</i>)	●
Kommunens värde för "Hållbart medarbetarengagemang" (HME) bland kommunens anställda ökar jämfört med föregående år.	■	HME-värde ökar bland de anställda jämfört med föregående år (<i>Åldreomsorgsförvaltningen</i>)	■
Sjukfrånvaron hos kommunanställda minskar jämfört med föregående år.	■	Öka frisknärvaron jämfört med föregående år (<i>Åldreomsorgsförvaltningen</i>)	●



Datum
2024-02-15

Dnr
VON.2024.10

OXL2
621
v 1.0
2007-
03-13

Vård- och omsorgsförvaltningen
Fredrik Landeblad, Medicinska ansvarig sjuksköterska
0155-384 70

Vård- och omsorgsnämnden

Patientsäkerhetsberättelse 2023

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämndens beslut

- Fastställa Patientsäkerhetsberättelse för 2023.

2. Sammanfattning

Kort sammanfattning av året som gått till exempel viktiga åtgärder och resultat samt en blick framåt.

Äldreomsorgsförvaltningen slogs ihop hösten 2023 med social- och omsorgsförvaltningen och blev en förvaltning, Vård- och omsorgsförvaltningen. Det har förekommit händelser under 2023 som påverkat patientsäkerhetsarbetet. Omsättning av enhetschefer samt sjuksköterskor i verksamheten har påverkat följsamhet till egenkontroller, rutiner, riktlinjer för hälso- och sjukvård och därmed kan ha haft påverkan på patientsäkerheten. Den sammanfattande bedömningen är dock att verksamheterna trots förutsättningar har arbetat aktivt för att bidra till en ökad patientsäkerhet och kvalitet under 2023.

Preventivt patientsäkerhetsarbete genom användningen av kvalitetsregister har fortgått under året på samtliga enheter inom hälso- och sjukvård. Ett stort arbete har skett under året med revidering och att aktualisera gällande rutiner och riktlinjer för verksamheten.

Implementering av digital avvikelshantering i journalsystem Treserva skedde under våren 2023. Övergången från hantering av avvikelser via papper till digital hantering har medfört en säkrare hantering där aktuella åtgärder kan sättas snabbare. Övergången till digital hantering har även bidragit till att det är lättare att aktualisera de brister som förekommer i verksamheter och därigenom kunna arbeta mer preventivt, vilket bidrar till en högre patientsäkerhet. Planeringssystem Intraphone (IP) implementerades även inom hemsjukvården. Planeringssystemet innebär att alla patientärenden bokas digitalt, vilket har bidragit till säkrare hantering av patientärenden och har därmed bidragit till en högre patientsäkerhet.

Samtliga anställda inom vård- och omsorgsförvaltningen har erbjudits utbildning inom HLR.

Interna utbildningar för hälso- och sjukvårdspersonalen har även varit löpande under året.

Datum
2024-02-15

Dnr
VON.2024.10

2.1 Målen för 2024

Övergripande mål

- Den övergripande målsättningen för Oxelösunds kommun med patientsäkerhetsarbetet är att ingen patient ska drabbas av en vårdskada. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården.
- Oxelösunds kommun ska även arbeta för att främja och utveckla en personcentrerad vård, för att stärka och tydliggöra patientens ställning med hänsyn tagen till dennes integritet.

Verksamhetsmål

- Implementering av analysverktyg för patientsäkerhet - För att stärka patientsäkerhetsarbetet finns ett analysverktyg för att identifiera utmaningar för en säker vård. Analysverktyget är framtaget av Nationell samverkansgrupp (NSG) patientsäkerhet har med stöd av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).
- Fortsätta att utveckla den digitala avvikelshanteringen i journalsystem Treserva.
- Fortsätta att utveckla teamträffar inom verksamheten, för att skapa en bättre och tydliga samverkan kring patients vård.
- Fortsätta att arbeta med kvalitetsregister för att bidra till en ökad patientsäkerhet för patienten.
- Fortsätta att öka kompetensen för hälso- och sjukvårdspersonal genom fortbildning både via interna och externa utbildningar.
- Fortsätta utveckla egenkontroller samt följa upp resultat, göra orsaksanalyser av eventuella brister och systematiskt arbeta med förbättringar för att skapa en bättre och säkrare vård för patienten.
- Öka kunskaperna inom dokumentation i journalsystem Treserva och därmed bidra till ökad patientsäker vård.
- Fortsatt förbättringsarbete av hemtagning och säkra övergångar i vården kopplat till lokala och regionala rutiner.

Datum
2024-02-15

Dnr
VON.2024.10

3. Ärendet

Enligt patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ska vårdgivaren skriva en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §. Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år.

Beslutsunderlag

Patientsäkerhetsberättelse 2023

Fredrik Landeblad
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Katarina Haddon
Förvaltningschef

Beslut till:

FC (FÅ)

MAS (FÅ)

Patientsäkerhetsberättelse för Oxelösunds kommun År 2023



Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Mallen för patientsäkerhetsberättelsen är fastlagd av Sveriges kommuner och regioner (SKR) och utgår från lagkrav samt följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

Hälso- och sjukvårdens arbete skall följa kommunens röda tråd med utgångspunkt i ledorden **medborgarperspektiv, helhetssyn, dialog och tydlighet**. Vi ska också följa upp och utveckla verksamheten. Samtliga kommunens mål berör hälso- och sjukvårdens område Mod och framtidstro, Trygg och säker uppväxt, god folkhälsa, attraktiv bostadsort, Hållbar utveckling och till störst del trygg och värdig ålderdom.

Inom hälso- och sjukvården kallas den enskilde individen för patient, i patientsäkerhetsberättelsen används därför begreppet patient för den person som tar emot vården.



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	1
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD.....	2
Engagerad ledning och tydlig styrning	2
Övergripande mål och strategier	2
Organisation och ansvar	2
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	3
Samverkan i verksamheterna inom vård-och omsorgsförvaltningen	4
Övrig samverkan för förebyggande av vårdskador, som ligger till grund i förvaltningen	4
Informationssäkerhet	5
Journalgranskning	5
Strålskydd	6
En god säkerhetskultur	6
Övergripande nivå.....	6
Verksamhetsnivå	6
Adekvat kunskap och kompetens	6
Patienten som medskapare	7
AGERA FÖR SÄKER VÅRD	8
Egenkontroller	8
Journalgranskning.....	8
Läkemedelsrum	8
Kontroll av medicinskåp	8
Öka kunskap om inträffade vårdskador	8
Har vården varit säker.....	8
Tillförlitliga och säkra system och processer	9
Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system.....	9
Säker vård här och nu	9
Teamträffar	9
Vaccinering	10
Samverkan med läkare	10
Riskhantering	10
Avvikelser.....	11
Kvalitetsregister	11
Stärka analys, lärande och utveckling	11
Kvalitetsregister	11
Senior Alert.....	11
BPSD – Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.....	11

Palliativa registret	12
Externgranskning – Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering	12
Utbildning för enhetschefer inom vårdhygien	13
Utskrivningsklara [UK] patienter	13
Extern granskning av Inspektionen för vård och omsorg [IVO]	13
Avvikelser.....	13
Klagomål och synpunkter	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	16
Arbetet för ökad riskmedvetenhet och beredskap	16
Resultat av nationella kvalitetsregister	17
Senior Alert – Nationellt kvalitetsregister	17
Palliativa registret	18
Medelvårdtid som utskrivningsklar patient	20
Resultat av mål, strategier och utmaningar för 2023.....	21
Förebyggande arbete och patientsäkerhet	21
Samordning och delaktighet.....	22
Övrig förbättring och utveckling.....	22
Mål för 2024.....	23
Övergripande mål.....	23
Verksamhetsmål:.....	23

SAMMANFATTNING

Det pågår ett ständigt förbättringsarbete för att skydda patienter från att skadas när de får vård. Sveriges kommuner och regioner (SKR) har tillsammans med Socialstyrelsen gemensamt beslutat att systematiskt arbeta för att minska antalet vårdskador genom en nationell satsning för ökad patientsäkerhet.

Kommunal hälso- och sjukvård ges inom äldreomsorg, funktionsstöd (LSS) och i hemsjukvård. Läkarsamverkan sker med regionen och är reglerat i ett övergripande och lokalt avtal mellan regionen och kommunen. Systematiska arbetssätt för att förebygga risken för vårdskador och helhetssyn är kärnan i allt patientsäkerhetsarbete.

Äldreomsorgsförvaltningen slogs ihop hösten 2023 med social- och omsorgsförvaltningen och blev en förvaltning, Vård- och omsorgsförvaltningen.

Implementering av digital avvikelshantering i journalsystem Treserva skedde under våren 2023. Övergången från hantering av avvikelser via papper till digital hantering har medfört en säkrare hantering där aktuella åtgärder kan sättas snabbare. Övergången till digital hantering har även bidragit till det är lättare att aktualisera de brister som förekommer i verksamheter och därigenom kunna arbeta mer preventivt, vilket bidrar till en högre patientsäkerhet.

Planeringssystem Intraphone (IP) implementerades även inom hemsjukvården. Planeringssystemet innebär att alla patientärenden bokas digitalt, vilket har bidragit till säkrare hantering av patientärenden och har därmed bidragit till en högre patientsäkerhet.

Preventivt patientsäkerhetsarbete genom användningen av kvalitetsregister har fortgått under året på samtliga enheter inom hälso- och sjukvård.

Samtliga anställda inom vård- och omsorgsförvaltningen har erbjudits utbildning inom HLR.

Interna utbildningar för hälso- och sjukvårdspersonalen har även varit löpande under året.

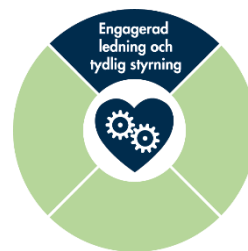
Det har förekommit händelser under 2023 som påverkat patientsäkerhetsarbetet. Omsättning av enhetschefer samt sjuksköterskor i verksamheten har påverkat följsamhet till egenkontroller, rutiner, riktlinjer för hälso- och sjukvård och därmed kan ha haft påverkan på patientsäkerheten. Ett stort arbete har skett under året med revidering och att aktualisera gällande rutiner och riktlinjer för verksamheten. Den sammanfattande bedömningen är dock att verksamheterna trots förutsättningar har arbetat aktivt för att bidra till en ökad patientsäkerhet och kvalitet under 2023.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Övergripande mål är att varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med kommunens hälso- och sjukvård och att vårdskador ska minimeras.

Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659 ger vårdgivare ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på en god vård. Detta innebär att patientens behov av trygghet skall tillgodoses, vården ska vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för den enskilde individens självbestämmande och integritet.

Patientsäkerhetslagen innebär att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Vården ska främja goda kontakter mellan patient och personal genom god personalkontinuitet och god kompetens hos personalen.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Det yttersta ansvaret för patientsäkerhetsarbetet har vårdgivaren, vård och omsorgsnämnden. Mål och strategier för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fastställas och följas upp och utvärderas kontinuerligt.

All personal inom vård- och omsorgsförvaltningen ansvarar för att bidra till en hög patientsäkerhet genom att följa de riktlinjer och rutiner som beslutats.

Verksamhetschefens (HSL) uppdrag regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och ska säkerställa att patienternas behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschef ansvarar för strategisk och övergripande patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde. Verksamhetschefen ska säkerställa att verksamheter och enhetschefer arbetar i enlighet med riktlinjer och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Förvaltningschef för äldreomsorgsförvaltningen innehar rollen som verksamhetschef för Hälso- och sjukvård.

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans (MAS) ansvar regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen och innebär att:

- Patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienterna får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i *patientdatalagen (2008:355)*
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § *patientsäkerhetslagen (2010:659)* samt
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Enhetschefen ansvarar för att bidra till det strategiska arbetet med patientsäkerhet samt arbeta nära det operativa arbetet med patientsäkerhet, kvalitet och god vård inom sitt verksamhetsområde. Enhetscheferna ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med riktlinjer och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Legitimerad personal har skyldighet att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. De ska arbeta utifrån evidensbaserad forskning och praktik och följa de riktlinjer och rutiner som beslutats.

Omvårdnadspersonal är hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder legitimerad yrkesutövare. Till exempel när de med delegering från en legitimerad yrkesutövare utför en hälso- och sjukvårdsuppgift.

Enligt 6 kap. 4 § Patientsäkerhetslagen (2010:659) är all hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att rapportera risker för vårdskador och händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonal i verksamheten, är den personal som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården samt den personal som biträder en legitimerad yrkesutövare till exempel med en delegerad arbetsuppgift

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Det är av stor vikt att vårdens olika delar fungerar bra tillsammans. Bristande samverkan är en patientsäkerhetsrisk som kan leda till ineffektiv vård och i slutändan risk för vårdskada för patienten. För att säkerställa att patientens vård och omhändertagande sker på ett optimalt och säkert sätt ska därför rutiner finnas för att tydliggöra ansvaret för samverkan mellan olika vårdgivare.

Nedanstående beskriver hur och inom vilka processer och områden som samverkan identifierats.

Samverkan i verksamheterna inom vård-och omsorgsförvaltningen

- Ledningsmöten för hälso- och sjukvårdens styrning varje vecka där förvaltningschef för vård- och omsorgsförvaltning, sektionschefer samt MAS ingår.
- Var sjätte vecka har MAS haft patientsäkerhetsdialog med legitimerad personal.
- MAS har haft samverkan samt interna utbildningstillfällen med enhetschefer i verksamheten löpande, men i olika omfattning och struktur.
- Samverkan mellan läkare och legitimerad personal består av fastställd läkarsamverkan/rond en dag per vecka samt möjlighet att kontakta patientansvarig läkare eller jourhavande läkare vid behov.

Övrig samverkan för förebyggande av vårdskador, som ligger till grund i förvaltningen

- Läns gemensam struktur för Närvård i Sörmland. Förvaltningen deltar i Styrgrupp för Närvård, Arbetsgrupp södra äldre, Beredningsgrupp äldre, Arbetsgrupp södra barn och Arbetsgrupp södra psykiatri och funktionshinder samt Beredningsgrupp psykiatri och funktionshinder.
- Avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med Region Sörmland.
- Avtal med Svensk Dos AB för kvalitetsgranskning av läkemedelshandling.
- Avtal med Tandvårdsenheten Region Sörmland gällande munhälsobedömning av tandhygienist samt utbildning i munvård för personal.
- Samverkan mellan Region och Kommun gällande Prator, vilket är ett system för säker informationsöverföring och samordnad planering för patienten.
- Samordnad individuell planering [SIP] – för trygg och säker hemgång och överrapportering.
- Samverkan med Regionens Närvårdscoordinator.
- Samverkan Forskning och utveckling [FoU] Sörmland.
- Samverkan fotvårdsspecialist inom region Sörmland.
- Webbutbildningar för personal, MAS tillhandahåller.
- Utbildning i förflyttningsteknik tillhandahållen av rehab personal.
- Nationellt vedertagna mätinstrument och skattningsskalor exempelvis Abby Pain Scale.
- Stöd och samverkan med Regionens specialistvårdsenheter exempelvis Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH).
- MAS deltar i nätverk för MAS/MAR (Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering) i Sörmland.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Enligt rutinen för journalföring, behandling av personuppgifter och behörighetstilldelning till patientjournal i Treserva och sammanhållen journalföring i Nationell patientöversikt (NPÖ) skall legitimerad personal/Vårdgivaren fortlöpande bedöma och beakta om det i verksamheten finns risker för händelser som kan medföra att kraven i föreskrifterna om journalföring och behandling av personuppgifter inte uppfylls.

För varje sådan händelse ska vårdgivaren uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Riskanalyserna ska dokumenteras i och sammanställas i årlig patientsäkerhetsberättelse. Vårdgivaren är ansvarig för att utse en eller flera personer som ska leda och samordna informationssäkerhetsarbete. Den eller de som utses ska minst en gång om året sammanställa informationen om arbetet till vårdgivaren. Under 2023 genomfördes ingen riskanalys.

Arbete har skett under 2023 för att implementera rutin för behörighetshantering och loggkontroll. Detta för att säkerställa att känslig information endast hanteras av den som har rätt till uppgifterna. Genomförda loggkontroller under 2023 resulterade ett antal överträdelser, vilka anmäldes enligt rutin.

Journalgranskning

Genomförd egenkontroll gällande informationssäkerhet och kvalitet gällande journalföring.

En väl förd patientjournal utgör grunden till utvärdering och uppföljning och kan därigenom också förbättra vården för den enskilde patienten. Det är angeläget att använda standardiserade termer och begrepp som möjliggör systematiska utdata. Informationshanteringen inom hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. MAS har granskat patientjournal enligt gällande internkontrollplan samt löpande genom året. Detta utifrån identifierade behov efter tidigare granskning från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Granskningen påvisar ett flertal övergripande brister i journalföring rörande samtliga tre professioner legitimerad personal (sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster).

Ett sådant område rör vårdplaner där flertalet av de öppna vårdplaner i patientjournal Treserva är inaktuella och inte löpande uppdaterade utifrån patientens status. Uppföljningar i plan från omvårdnadspersonal/legitimerad personal finns delvis. Det saknas uppföljningar, uppgifter om när de ska göras och eventuella resultat av uppföljningarna.

Oxelösunds kommun har en rutin för dokumentation i patientjournal i Treserva. I denna rutin framgår att det vårdplaner ska vara aktuella med uppdaterade åtgärder, uppföljningar och resultat och att vårdplaner ska avslutas när de inte är aktuella.

Ett annat område som har brister generellt inom samtliga tre professioner är användandet av standardiserade bedömnings- och utvärderingsinstrument. Det förekommer i liten utsträckning att standardiserade bedömnings- och utvärderingsinstrument används i vården för att exempelvis bedöma och utvärdera smärta. Detta är särskilt att beakta i de fall då personen själv på grund av kognitiv påverkan inte kan uttrycka sig i frågan.

Bristande personcentrering är genomgående i samtliga journaler. Mycket av den vård som planeras, genomförs och utvärderas sker enligt journalerna i samråd mellan vårdens medarbetare. Det framkommer sällan att personen det gäller, utifrån sina förutsättningar är delaktig i processen. Den vård som ges och dokumentation är av god kvalitet men den sker ofta "över huvudet" på personen i fråga.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Verksamheterna har ingen förekomst av sådan medicinsk exponering som ska redovisas utifrån Strålskyddsmyndighets krav.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



Övergripande nivå

Det har pågått ett arbete på en övergripande organisatorisk nivå med att stärka säkerhetskulturen och patientsäkerheten. MAS har gjort ett övergripande arbete med att revidera gällande rutiner samt aktualisera dessa för verksamheten. MAS har även förtloppande bistått verksamheten med utbildningsinsatser samt stöd gällande patientsäkerhet.

Verksamhetsnivå

Ett arbete kring patientsäkerhet, arbetsmiljö samt risk- och avvikelshantering har skett på respektive verksamhet utifrån stöd från organisatorisk nivå.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



Verksamheterna har under senaste åren och under 2023 uppmuntrat ännu fler medarbetare att utbilda sig till undersköterskor genom äldreomsorgslyftet, vilket har bidragit till att vård- och omsorgsförvaltningen har stor andel personal med en undersköterskeutbildning.

Krav på godkänt språktest vid nyanställning samt vid delegering har införts.

Utbildning inom hjärt- och lungräddning (HLR).

Verksamheterna har bidragit på olika sätt att stärka och bibehålla kompetens i verksamheten. Fortlöpande utbildningar både internt och externt har erbjudits. Enhetschefer har ett ansvar för att riktlinjerna och rutinerna är kända på enheterna. Enhetschefer har även ett ansvar för att personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten samt att de får den introduktion som krävs för att utföra uppdragen.

Viss verksamhet har en kompetensutvecklingsplan med genomgående utbildningsinsatser. En årlig kompetensutvecklingsplan för alla personal tags även fram i samband med medarbetarsamtalet. Exempel på utbildningar som givits under 2023 är: palliativ vård, basal hygien, dokumentation, vårdplaner, lyftteknik, bemötande, munvårdsutbildning, Appva signeringssystem, journalssystem treserva, avvikelshantering, intraphone (IP) samt för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD).

Demenssamordnare har anställts vilket har bidragit till en bättre samverkan kring patienter med demensdiagnos.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Verksamheterna arbetar olika med att arbeta med patienten som medskapare. Alla patienter tillsammans med anhöriga erbjuds ankomstsamtal på särskilt boende. Vid ankomstsamtal men även vid årlig omvårdnadsplanering på särskilt boende ska patienter bjudas in och i många fall även anhöriga (om patienten samtycker) att delta i att planera omvårdnaden. Detta kan vara av särskild vikt utifrån vård som berör personer med kognitiv svikt. En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende. Vårdgivaren ger patienterna och deras anhöriga möjlighet att delta i patientsäkerheten. I praktiken innebär detta att patienten och/eller anhöriga, beroende på patientens vilja och förmåga, deltar i vårdplanering, i upprättande av riskbedömningar (Senior alert), SIP (samordnad individuell vårdplanering), uppföljning av omvårdnadsinsatser, samt medicinsk behandling och rehabilitering. Ett personcentrerat arbetssätt skall tillämpas där personens kunskaper och engagemang skall tillvaratas med syfte att stärka självbestämmande, integritet och patientsäkerhet genom att personen är aktiv i sin vård.

Inkomna klagomål och synpunkter har hanterats enligt gällande rutiner för Oxelösunds kommun.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Egenkontroller

På grund av hög omsättning av enhetschefer under 2023 har egenkontroller ej utförts som planerat inom alla verksamheter. Vissa verksamheter har fortsatt med de egenkontroller som är påbörjade sedan tidigare. Inga nya egenkontroller är startade under 2023. Nedan är några av de egenkontroller som är utförda under 2023. Fler egenkontroller är planerade för 2024.

Journalgranskning

Journalgranskning av MAS, se rubrik: Journalgranskning sidan 10.

Läkemedelsrum

Kontroller av läkemedelsrum har utförts enligt schematisk översikt. Det förekom vissa brister av lägre allvarlighetsgrad men inga avvikelser av hög allvarlighetsgrad återfanns. Rutiner för läkemedelshantering på var enhet uppdateras årligen.

Kvalitetsgranskning har utförts av Svensk Dos AB under hösten 2023. Vid granskning deltog Sjuksköterska, omvårdnadspersonal, enhetschef, enhetschef för legitimerad personal samt MAS.

Kontroll av medicinskåp

Kontroll av patienters medicinskåp enligt rutin en gång per månad.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Har vården varit säker

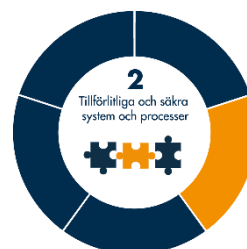
Vårdgivaren har en utrednings- och anmälningskyldighet. När vårdgivaren tar emot en rapport om en händelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada ska det rapporterade utredas. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. En vårdskada

är en skada som inträffat i vården och som kunde ha undvikits om rätt åtgärder hade gjorts. En vårdskada som inte försvinner och som påverkar dig för resten av livet räknas som en allvarlig vårdskada. Vid alla händelser som har eller kunnat medföra en vårdskada tar MAS över utredningsuppdraget. Ifall utredningen visar att vårdskadan eller risken för den är allvarlig, anmäles detta även till IVO.

MAS har under året blivit involverad i ett antal utredningar gällande vårdskada, där två sågs som allvarliga och anmäldes till IVO, så kallad Lex Maria. Åtgärder är vidtagna och uppföljda för att förhindra att något likande inträffar igen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Hur tillförlitliga är arbetsprocesser och system

Det förekommer många bra exempel på arbetsprocesser och system i verksamheterna. Däremot är dessa arbetsprocesser och system inte alltid gemensamma för samtliga verksamheter inom förvaltningen. Det som framkommer i analysarbetet med patientsäkerhetsberättelsen är att det finns en avsaknad av samsyn i arbetsprocesser och system, vilket i sin tur kan påverka patientsäkerhetsarbetet negativt. Att under kommande år starta upp ett gemensamt systematiskt kvalitetsarbete, med förhoppning att det här området kommer att bli mer tillförlitligt med ökad samsyn och bidra till en ökad patientsäkerhet. Att arbeta med systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ligger även i linje med Nära Vård.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Nedan presenteras några exempel på hur Oxelösunds kommun under 2023 arbetat med att göra vården säker här och nu för patienten.



Teamträffar

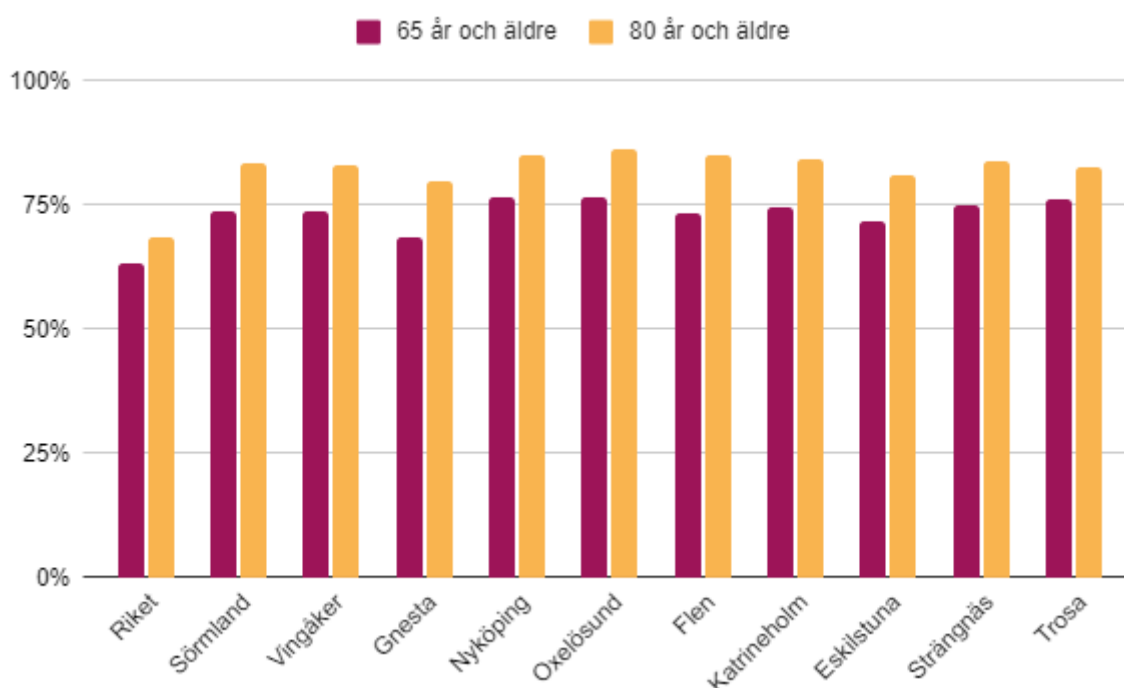
Oxelösunds kommun har arbetat utifrån gällande rutin med teamträffar. Teamträffar syftar till att tvärprofessionellt utforma och följa upp det aktuella hälso- och sjukvårdsbehovet. Syftet är också att följa upp vård- och rehab planer samt bedöma risker i vardagen för individen. Ett arbete med att utforma och förbättra teamträffar har pågått under 2023 för att bidra till en ökad patientsäkerhet.

Vaccinering

Vaccination mot covid-19, pneumokock och säsongsinfluensen har pågått under hösten 2023 i samarbete med Region Sörmland. Arbetet med vaccinering är ett preventivt folkhälsoarbete för att förebygga smittsamma sjukdomar, förbättra folkhälsan och därmed bidra till en ökad patientsäkerhet.

Oxelösunds kommun ligger i topp i länet gällande vaccination mot covid-19 med en vaccinationstäckning på 86,4 procent jämfört mot riket på 68,6 procent för personer över 80 år, se diagram 1.

Diagram 1.



Samverkan med läkare

Samverkan med läkare via fysisk träff på respektive enhet, hembesök hos patient, från en och samma vårdcentral på fasta tider under 2023 har bidragit till att utforma tvärprofessionellt samarbete, där patienten är i fokus och följs upp kontinuerligt utifrån det aktuella hälso- och sjukvårdsbehovet.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

Riskhantering av en händelse sker vid hantering av avvikelser samt löpande inom vård- och omsorgsförvaltningen när behov uppstår.

Avvikelser

Vård- och omsorgsförvaltning har aktivt arbetat med avvikelshantering, för att som mål förebygga att liknande händelser och vårdskador inträffar på nytt och därmed bidra till ökad patientsäkerhet.

Se rubrik Stärka analys, lärande och utveckling, sida 11.

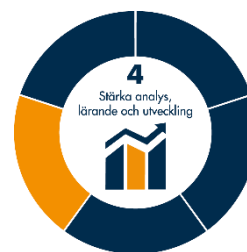
Kvalitetsregister

Vård- och omsorgsförvaltning har aktivt arbetat med olika kvalitetsregister, för att som mål förebygga vårdskador och därmed bidra ökad patientsäkerhet.

Se rubrik Stärka analys, lärande och utveckling, sida 11.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar. Vård- och omsorgsförvaltningen är ansluten till tre kvalitetsregister inom området: Senior Alert, Palliativa registret samt BPSD registret. Ett arbete har även pågått under 2023 för att implementera teamträffar i vård- och omsorgsförvaltningen. Arbetet kommer även fortgå under 2024.



Kvalitetsregister

Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som används inom vården och omsorgen om äldre. Med hjälp av registret kan vården och omsorgen tidigt upptäcka och förebygga trycksår, undernäring, risk för fall, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion (inkontinens). Samtycke behöver lämnas innan registrering i kvalitetsregistret sker. Syftet med kvalitetsregistret Senior Alert är att minska skador och öka livskvaliteten för äldre.

I Oxelösunds kommun ses en ökning antalet riskbedömningar från 95 procent år 2022 till 98 procent för 2023.

För mål, resultat och analys, se *figur 1*, *figur 2* och *tabell 2* under rubrik *Resultat av nationella kvalitetsregister*, sida 17 och 19.

BPSD – Svenskt Register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister. Syfte och mål med BPSD-registret är att genom multiprofessionella vårdåtgärder minska beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD) och därigenom minska lidandet och öka livskvaliteten för personen med kognitiv sjukdom/demenssjukdom. Målet är att alla vårdtagare som med demens som lämnat samtycke ska vara registrerade i BPSD-registret, vilket kommer fortgå under 2024. Utbildning för personal inom BPSD-registrering hålls löpande.

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Legitimerad personal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Legitimerad personal dokumenterar i registret de vårdtagare som avlider inom våra verksamheter där vi har ett hälso- och sjukvårdsansvar. Spindeldiagram, se bilaga 3A, visar fastställda kvalitetsindikatorer för Oxelösunds kommuns resultat (grönt) i förhållande till Socialstyrelsens (rött).

Kvalitetsindikatorer som mäts:

- Dokumenterat brytpunktsamtal
- Ordinerad injektion stark opioid vid smärtgenombrott
- Ordinerad injektion ångestdämpande vid behov
- Smärtskattats sista levnadsveckan
- Dokumenterad munhälsobedömning sista levnadsveckan
- Utan trycksår (kat 2–4)
- Mänsklig närvaro i dödsögonblicket.

De ovannämnda kvalitetsindikatorerna har varit bristfälliga under flertalet år. En gemensam satsning mellan länets kommuner och Region Sörmland kommer att genomföras för att försöka förbättra resultatet inom dessa områden.

För diagram, resultat och analys, se *diagram 4*, *diagram 5* och *tabell 3* under rubrik *Resultat av nationella kvalitetsregister*, sida 17 till 19.

Externgranskning – Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering

Granskning utfördes av legitimerad receptarie från Svensk Dos under hösten 2023, förutom LSS som kommer granskas under våren 2024. Syftet med kvalitetsgranskningen är att medverka till en patientsäker läkemedelshantering och utgångspunkten har varit de krav som finns i Socialstyrelsens författningar, "Läkemedelshantering i Sörmland" samt enheternas lokala rutiner.

Fokusområdena för årets kvalitetsgranskning var: *Genomgång av föregående års fokusområden, läkemedelsleveranser, batchregistrering av bioteknologiska läkemedel från förråd (exempelvis insulin), rengöring av dosetter för kontinuerligt bruk, att inga "bra att ha lådor (med läkemedel)" förkommer.*

Alla förutom en enhet har åtgärdat eller jobbar aktivt med anmärkningarna från föregående års granskning.

I sammanfattning av granskning framkommer det förbättringsområden, exempelvis:

- De flesta enheter har mycket bristfällig nyckelhantering till medicinskåp och eller till patientbundna läkemedelsskåp. Hos en enhet fanns nycklar till patientmedicinskåp i ett icke låst skåp i personalrum, där all personal har tillgång.
- På nästan alla enheter vet all personal var de kan hitta de lokala rutinerna, som gäller för hälso- och sjukvården.

Utbildning för enhetschefer inom vårdhygien

Utbildning inom vårdhygien för enhetschefer utfördes under hösten 2023, där flertalet enhetschefer närvarade. Egenkontroller och självskattning inom vårdhygien planeras under 2024.

Utskrivningsklara [UK] patienter

Regionen utför en sammanställning gällande UK-datum i länet. Oxelösunds kommun ligger under 2023 högre i snitt (1,98) än motsvarande snitt i Sörmland (0,88) för antal utskrivningsklara dagar (UK-Dagar) på sjukhus. Även medelvårdtiden för en utskrivningsklar patient i slutenvården är högre än snittet i länet, se figur 3.

Resultatet och analysen av avvikelser redovisas i *tabell 4*, sida 20.

Extern granskning av Inspektionen för vård och omsorg [IVO]

IVO genomför en nationella granskningar av verksamheter inom äldreomsorgen kopplat till covid-19. Den första tillsynen som genomfördes i april 2020 fokuserade på smittspridning inom äldreomsorg, hemtjänst och LSS-boenden. Återkoppling med begäran om komplettering inkom till Oxelösunds kommun under sommaren 2023. Arbetat kring detta har pågått under hösten 2023.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

All personal som arbetar inom vård och omsorg har en skyldighet att rapportera händelser som kan medföra en skada eller riskerar medföra en skada för den enskilde. Varje enhet har också en skyldighet att ta emot klagomål och utreda dessa. I riktlinjen för avvikelser, klagomål och synpunkter inom vård- och omsorgsnämndens verksamheter beskrivs övergripande kommunens skyldigheter enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Det är chef för respektive verksamhet/enhet som har ansvar att se till att rutinen blir känd i verksamheten och att rutinen används på sin enhet. Enhetschef ansvarar även för att berörd personal blir involverad, samt att berörd legitimerad personal blir informerad. Varje medarbetare har ett ansvar att följa rutinen.

Registrering av avvikelser skedde manuellt på papper till och med april 2023, därefter digitalt via journalsystem Treserva. Totalt registrerades 1735 avvikelser år 2023 (891 under 2022) fördelat i kategorier enligt nedan. Övergången från manuell hantering av avvikelser till digital hanteringen via Treserva har bidragit till en säkrare hantering och därmed bidragit till en ökad patientsäkerhet.

Avvikelser utifrån område presenteras i *diagram 2*. Avvikelser utifrån verksamhetsområde per år presenteras i *diagram 3*. Resultatet och analysen av avvikelser redovisas i *tabell 1*.

Diagram 2 - Antal avvikelser hälso- och sjukvård Oxelösunds Kommun 2023

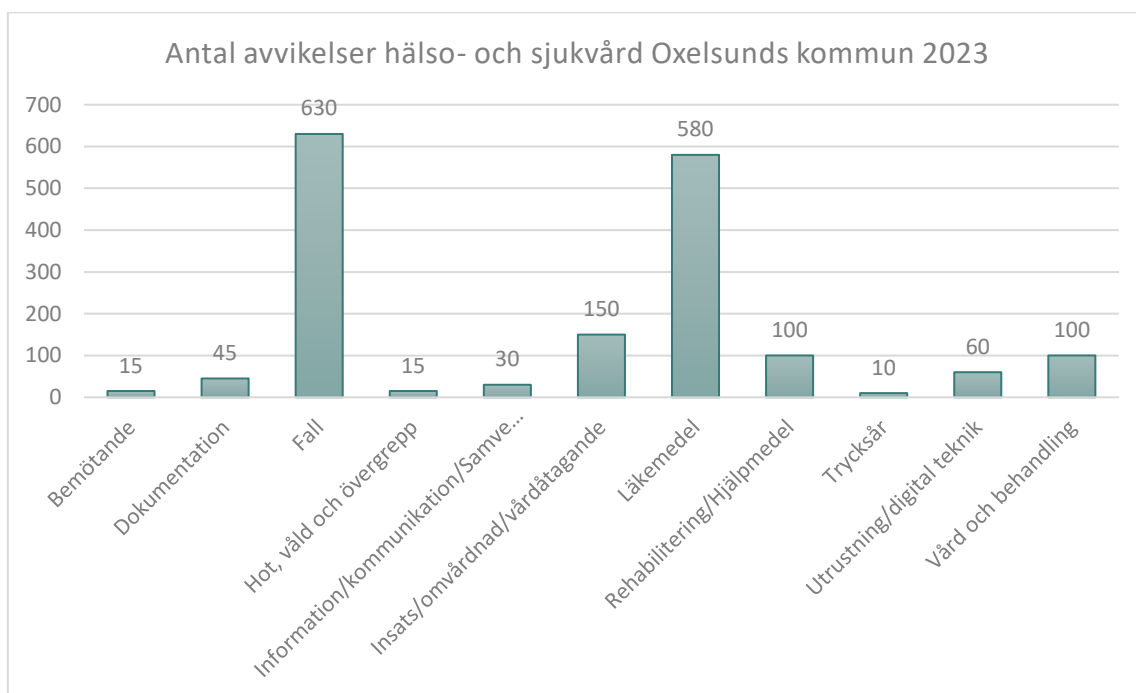
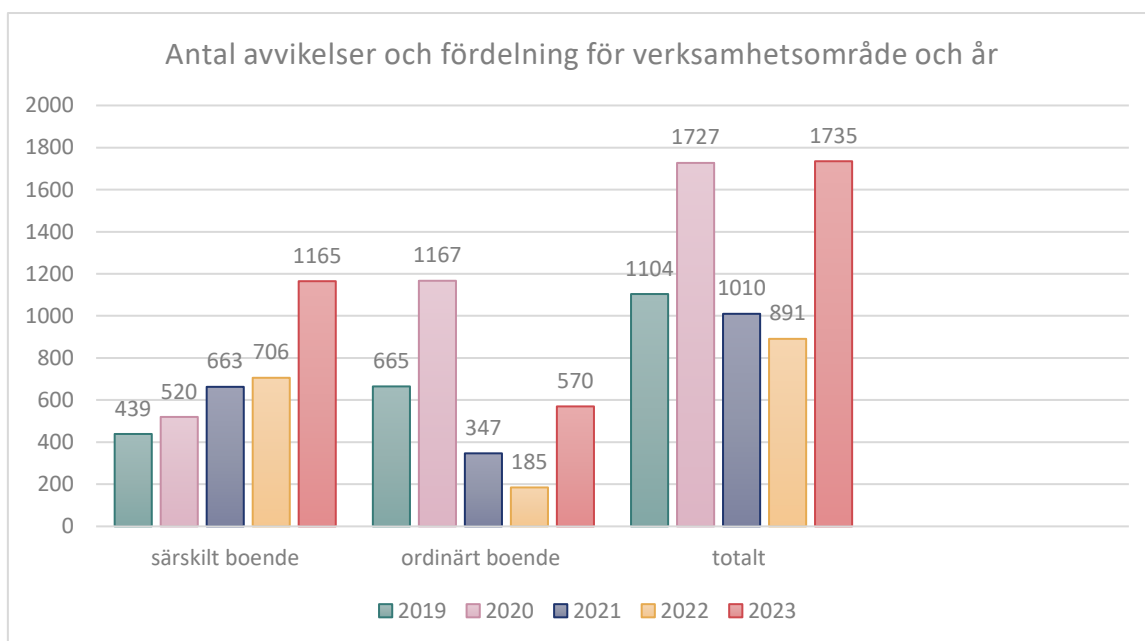


Diagram 3 - Antal avvikelser och fördelning för verksamhetsområde och år



Tabell 1.

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
<p>Alla händelser som medför risk för vårdskada eller en vårdskada ska rapporteras och hanteras enligt rutin med syfte att stärka patientsäkerheten.</p>	<p>Avvikelse sammanställs 2 ggr/år samt årligen i patientsäkerhetsberättelsen av MAS. Enhetschef ansvarar för att uppmärksamma behov av samt initiera förändrings- och förbättringsarbete utifrån de inkomna avvikelserna. Enhetschef ansvarar för att MAS, sektionschef och legitimerad personal som är kopplad till den enhet som avvikelsen berör, blir informerad kontinuerligt</p>	<p>Avvikelse kopplat till fall samt läkemedel är framträdande. Dock finns det ett mörkertal gällande avvikelser kopplat till osignerade läkemedelsgivning samt försenade insatser om man ser till statistik från signeringsapplikation APPVA.</p> <p>Antalet insatser totalt för särskilt boende under 2023 var 503 900. 90 procent av insatserna var i tid, vilket var en ökning från 2022 med 1 procent. Medeltidsavvikelse var 6 minuter. 99 procent av insatserna var signerade.</p> <p>Antalet insatser totalt för ordinärt boende under 2023 var 178 000. 84 procent av insatserna var i tid, vilket var en minskning från 2022 med 0–1 procent. Medeltidsavvikelse var 7 minuter. 93 procent av insatserna var signerade.</p> <p>Att insatserna inte är signerade i Appva innebära inte i direkt mening att patienten inte fått sina läkemedel eller andra insatser utförda. Detta kan utgöra en risk för att patienten till exempel får en fel dos/överdos av läkemedel.</p> <p>Ett ökat arbete kring förbättringsarbetet utifrån avvikelser behövs. Ett proaktivt förbättringsarbete är även av vikt för att arbeta utifrån riskerna och därmed minimera dem och på så sätt öka patientsäkerheten.</p>

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Oxelösunds kommun ser synpunkter och klagomål som en möjlighet att utveckla verksamheten. Därför är dessa viktiga för att verksamheten ska kunna säkra kvalitén. En väl fungerande klagomålshantering ger huvudmannen möjlighet att uppmärksamma och åtgärda brister och därigenom identifiera utvecklingsområden på lokal nivå så tidigt som möjligt. Den som lämnat klagomål ska inom en månad få ta del av den utredningen och/eller de åtgärder som vidtagits för att avhjälpa bristen. Klagomål kan även inkomma via patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg.

De klagomål och synpunkter som inkommit till verksamheten under 2023 har behandlats enligt gällande rutiner.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Arbetet för ökad riskmedvetenhet och beredskap

- Kontinuerlig kompetensutveckling för personalen.
- Fortsätta det systematiska patientsäkerhetsarbetet med risk och händelsanalyser.
- Hålla genomförandeplaner uppdaterade.
- Utveckling av ansvarsområden inom verksamheterna.
- Uppdatera kvalitetsregister löpande.
- Utveckla kontaktpersonalskapet och arbetet med delaktighet och personcentrerad vård.

Resultat av nationella kvalitetsregister

Senior Alert – Nationellt kvalitetsregister

Senior alert - Nationellt kvalitetsregister

Preventivt, förebyggande arbetssätt med hjälp av Senior Alert innebär att motsvarande minst 90 % av alla patienter oavsett boendeform ska erbjudas riskbedömning avseende fall, trycksår, undernäring samt munhälsa. Målet är uppfyllt inom de särskilda boendena men inte inom ordinärt boende (hemtjänst). I rutinen för Senior alert är enhetschef ansvarig för att sammankalla till teamträff där kvalitetsregistret utförs i samverkan.

Se *figur 1* för statistik för 2023 och *figur 2* för statistik för 2022.

Sammanställning av resultat och analysen av riskbedömningarna redovisas i *figur 1*, *figur 2* och *tabell 2*.

Figur 1.

Sverige / Kommun / Region: Oxelösunds kommun | År: 2023 | Typ av enhet: Alla

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Oxelösunds kommun	144	98% ↑ 212 av 216	67% ↓ 142 av 212	86% ↑ 182 av 212	63% ↓ 126 av 200	60 ↑ 33 personer	54 ↓ personer	178 ↓ 41 personer	50 ↑ personer
Björntorp	88	97% ↑ 115 av 118	67% ↓ 77 av 115	83% ↑ 95 av 115	57% ↓ 71 av 125	43 ↑ 22 personer	39 ↓ personer	122 ↓ 20 personer	46 ↑ personer
Hemtjänst	7	100% ↑ 7 av 7	71% ↑ 5 av 7	43% ↑ 3 av 7	50% ↑ 1 av 2	1 ↑ 1 personer	2 ↑ personer	0 ↓ 0 personer	1 ↑ personer
Sjötången	53	99% ↑ 90 av 91	67% ↓ 60 av 90	93% ↑ 84 av 90	74% ↑ 54 av 73	16 ↓ 10 personer	13 ↓ personer	56 ↓ 21 personer	4 ↓ personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Figur 2.

Sverige / Kommun / Region: Oxelösunds kommun | År: 2022 | Typ av enhet: Alla

Uppåt	Unika personer	Vårdprevention				Utfall			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk	Trycksår	BMI<22	Fall	Munhälsa grad 2
Oxelösunds kommun	149	95% ↑ 207 av 217	80% ↓ 165 av 207	83% ↑ 172 av 207	63% ↓ 102 av 162	42 ↑ 29 personer	59 ↑ personer	229 ↑ 68 personer	43 ↑ personer
Björntorp	98	97% ↑ 134 av 138	76% ↓ 102 av 134	79% ↓ 106 av 134	63% ↓ 59 av 93	23 ↑ 15 personer	40 ↑ personer	136 ↑ 40 personer	36 ↑ personer
Hemtjänst	1	100% ↑ 1 av 1	0% ↓ 0 av 1	0% ↓ 0 av 1	0% ↓ 0 av 0	1 ↑ 1 personer	1 ↑ personer	1 ↑ 1 personer	1 ↑ personer
Sjötången	50	92% ↑ 72 av 78	88% ↑ 63 av 72	92% ↑ 66 av 72	62% ↑ 43 av 69	18 ↑ 13 personer	18 ↑ personer	92 ↑ 25 personer	6 ↑ personer
Målvärden			75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %	75 - 100 % 25 - 74 % 0 - 24 %				

Tabell 2.

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
Alla patienter skall erbjudas riskbedömning i Senior Alert. Oavsett boendeform (LSS ej inräknat).	En gång per år eller oftare vid behov utifrån data i senior alert.	<p>Antalet unika personer är lägre än 2022 (från 148 till 144).</p> <p>En positiv trend under 2023 har skett för riskbedömning vid risk och åtgärdsplaner vid risk. En minskning har däremot setts vid att bedöma bakomliggande orsaker till risk. För hemtjänst har en positiv trend skett på samtliga kriterier.</p> <p>Oxelösund har även under hösten 2023 medverkat i Svenska HALT vilket är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare, och antibiotikaanvändning. Syftet är att stödja och stimulera till ett lokalt och regionalt systematiskt kvalitetsarbete.</p>

Palliativa registret

Oxelösund kommun registrerar i palliativa registret vid dödsfall. Underlag från Palliativregistret avser totala antalet registrerade skattningar under 2023; 42 totalt, varav 33 särskilt boende, 8 korttidsboende och 1 hemsjukvård.

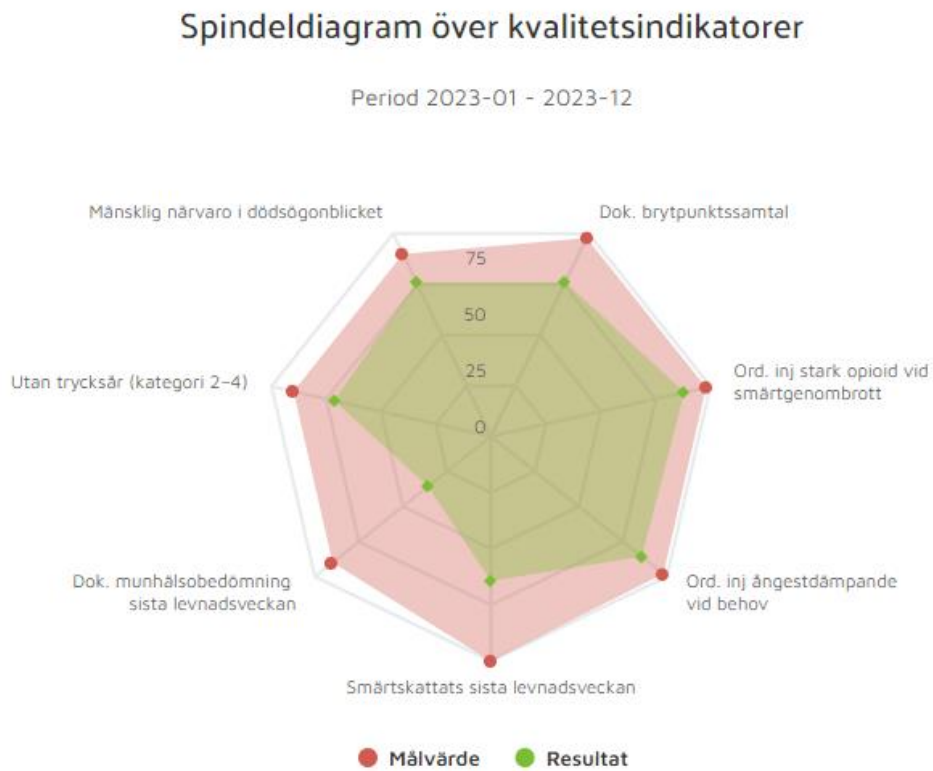
Socialstyrelsens har tagit fram 6 nationella kvalitetsindikatorer för palliativ vård i livets slutskede med målvärden. Kvalitetsindikatorerna med givna målvärden redovisas tillsammans med uppgifter om mänsklig närvaro i dödsögonblicket i *figur 4* för Oxelösund och *figur 5* för Riket. Resultatet visar att Oxelösunds kommun inte har uppnått målvärdet inom alla sju indikatorer för god palliativ vård. En liten sänkning utifrån målvärden syns från 2022.

Resultatet och analysen av riskbedömningarna redovisas i nedanstående *tabell 3*.

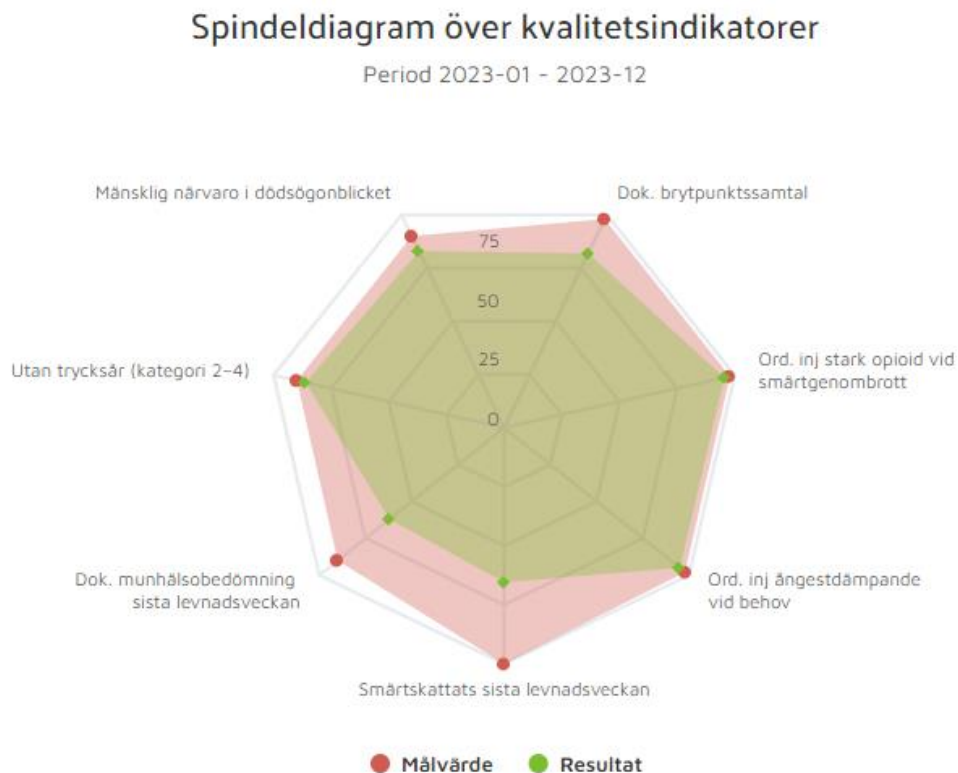
Tabell 3.

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
Målsättning att Oxelösunds kommun att uppnå målvärde i samtliga sju kategorier i palliativa registret enligt de nationella kvalitetsindikatorerna.	Kontroll av MAS fyra gånger per år av data ur palliativa registret som redovisas till enhetschef för legitimerad personal samt till sjuksköterskor via samverkansmöten.	<p>Resultatet visar att målvärden inte uppnåtts inom alla sju indikatorer för god palliativ vård. Orsaken till att målvärden inte uppnåtts kan ha olika orsaker, dels brister i bedömningen, dels att bedömningarna inte har dokumenterats enligt rutin. En sänkning på 10 procent ses från 2022.</p> <p>Vidare är behov av fortsatt kompetensutveckling avseende palliativ vård med tonvikt på helhetssyn och teamarbete kring patienten och närstående identifierad. Detta skall ske i samverkan med vårdcentral och läkare.</p>

Figur 4. – Oxelösunds kommuns resultat i grönt



Figur 5. – Rikets resultat i grönt



Medelvårdtid som utskrivningsklar patient

Oxelösunds kommun ligger under 2023 i snitt med 1,98 antal utskrivningsklara dagar (UK-dagar) på sjukhuset. Detta är en ökning från 2022 då snittet var 1,22. Oxelösund ligger även högt jämfört med snittet i länet som är på 0,88. Se *figur 3*.

Resultatet och analysen av avvikelser redovisas i *tabell 4*.

Figur 3.

Data ur Prator , UK dagar inkl 0 dagar /Jadranka

UK dagar 2023										
Månad	Eskilstuna	Flen	Gnesta	Katrineholm	Nyköping	Oxelösund	Strängnäs	Trosa	Vingåker	Snitt alla per månad
Januari	0,09	2,06	0,79	0,15	1,32	1,34	0,54	0,60	0,79	0,85
Februari	0,49	1,78	0,52	0,27	1,49	2,17	0,16	1,91	0,94	1,08
Mars	0,10	0,82	1,38	0,22	1,07	3,83	0,22	0,53	1,68	1,09
April	0,19	0,56	0,13	0,29	1,82	0,41	0,52	0,58	1,31	0,65
Maj	0,07	0,79	0,44	0,77	1,33	4,25	0,55	0,62	2,90	1,30
Juni	0,11	0,73	0,16	0,10	1,78	0,81	0,53	0,72	1,51	0,72
Juli	0,11	0,91	0,25	0,29	1,37	1,14	0,72	1,08	0,46	0,70
Augusti	0,09	0,97	0,02	2,49	1,24	1,19	0,94	0,76	0,25	0,88
September	0,18	1,02	0,09	0,50	1,10	1,13	0,56	0,97	0,42	0,66
Oktober	0,14	1,93	0,14	0,16	0,61	3,29	0,38	0,91	0,29	0,87
November	0,31	0,57	0,39	0,27	1,56	2,29	1,01	0,93	0,65	0,89
December	0,56	0,95	0,28	0,27	1,35	1,91	1,60	0,16	0,28	0,82
Snitt respektive kommun	0,20	1,09	0,38	0,48	1,34	1,98	0,64	0,81	0,96	0,88
										Snitt alla hela året

Tabell 4.

Mål	Egenkontroll	Resultat och analys
Målsättningen är att Oxelösunds kommun ska få hem medborgare till egen vårdregi. Oxelösunds kommun skall alltid ligga under snittet i länet.	Månadsvis kontroll av data ur prator som redovisas till förvaltningschef.	I Sörmland har region och kommunerna arbetat för att medborgare snabbt skall tas hem till respektive kommun. Att utskrivningsklara patienter ligger kvar på sjukhus kan vara en risk för patientsäkerheten, detta utifrån risk för till exempel vårdrelaterade infektioner, trycksår, bristande mobilisering. Oxelösund ligger på ett snitt över året på 1,98 UK-dagar, vilket är en ökning med 0,76 från år 2022. Oxelösund ligger även högst i länet med antal utskrivningsklara dagar, där snittet för länet 2023 var 0,88.

Resultat av mål, strategier och utmaningar för 2023

Nedan presenteras resultat av målen, strategierna och utmaningarna för 2023.

Förebyggande arbete och patientsäkerhet

- *Implementering och aktivt arbete med SKR:s analysverktyg för patientsäkerhetsarbete:*
Har ej påbörjats under 2023 på grund av organisationsförändringar. Planen är att påbörja det under 2024.
- *Driftsätta digital avvikelshantering:*
Digital avvikelshantering via journalsystem Treserva implementerades april 2023. En ökad trygghet bland enhetschefer i hanteringen av avvikelser har setts delvis under slutet av året. Rutinen för digital avvikelshantering har setts över kontinuerligt och reviderats vid behov. Rutinen har även aktualiserats på verksamhetsmöten samt på interna utbildningstillfällen.

Digital avvikelshantering har lett till snabbare handläggningstider och säkrare hantering vilket bidragit till en ökad patientsäkerhet. Fortsatt arbete med att utveckla kunskapen inom avvikelshantering kommer även att ske under 2024.
- *Ökat arbete med kvalitetsregister:*
Pågår sedan tidigare. Arbete med kvalitetsregister som Senior Alert, palliativa registret har fortgått under året. Analys visar dock att minskning av bedömningar har skett i palliativa registret. Däremot har en ökad registrering skett i Senior Alert mot föregående år. Arbetet med kvalitetsregister kommer även fortgå som ett prioriterat mål under 2024.
- *Ökad kompetens inom HLR:*
Alla kommunanställda har erbjudits utbildning i hjärt- och lungräddning (HLR) via Campus Oxelösund.
- *Ökade kunskaper och förbättrad dokumentation för både legitimerad personal samt omvårdnadspersonal. Fokus är att patienten äger sin journal och all dokumentation skall ske till gagn för patienten:*
Dokumentationsutbildning i journalsystem Treserva påbörjades under 2020. Brister i dokumentation sågs i den granskning IVO utförde på särskilt boende under 2022. Ny start planerades under hösten 2023 för legitimerad personal men uteblev på grund av organisatoriska förutsättningar.

En liten förbättring gällande hantering av vårdplaner under 2023 kunde ses vid journalgranskning. Dock är förbättring inte tillräcklig för att uppnå målet. Arbetet gällande förbättrad dokumentation med ökad kunskap kommer därmed även fortgå under 2024.

Samordning och delaktighet

- *Utveckling av personcentrerad vård och delaktighet från patienten:*

Vården ska alltid utgå utifrån ett personcentrerat förhållningssätt där patienten är delaktig i sin hälso- och sjukvård. Ingen mätbar effekt har setts. Kommer även att fortgå under 2024.

- *Fortsatt förbättringsarbete av hemtagning och säkra övergångar i vården kopplat till lokala och regionala rutiner:*

Arbetet utifrån lokala och regionala rutiner har fortgått under 2023. Rutin mellan kommun och region för säker hemgång har setts över och beslutats om i länsstyrgruppen för beslut.

Övrig förbättring och utveckling

- *Fortsätta med implementering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete:*
Har ej implementerats under 2023. Planen är att detta kommer att ske under 2024.

- *Fortsätta utveckla egenkontroller genom uppföljning av resultat, orsaksanalys av eventuella brister och systematiskt arbete med förbättringar:*
Har under 2023 utökat journalgranskningen utifrån de brister som kom från IVO efter granskningen 2022 samt efter begäran om komplettering som inkom under 2023. Kollegial journalgranskning stannade av under 2023 på grund av organisatoriska förändringar. Arbete kommer fortgå under 2024 med att införa egenkontroll på läkemedelsadministrering, egenkontroll på hygien samt kollegial journalgranskning.

- *Tillsammans med regionen starta planering för övergång till Nära vård. Lokalt inom kommunen pågår arbetet för omställning mot Nära vård:*
Projekt delen är avslutad. Varje kommun har sin processledare. Arbete pågår fortfarande.

- *Uppstart av projekt kallat Intensiv hemrehabilitering med målet att öka självständigheten hos de personer som lämnar in ansökan till biståndsenheten:*
Projektet har påbörjats på diskussionsnivå.

Mål för 2024

Nedan presenteras målen för Oxelösunds kommun under 2024.

Övergripande mål

- Den övergripande målsättningen för Oxelösunds kommun med patientsäkerhetsarbetet är att ingen patient ska drabbas av en vårdskada. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvården.
- Oxelösunds kommun ska även arbeta för att främja och utveckla en personcentrerad vård, för att stärka och tydliggöra patientens ställning med hänsyn tagen till dennes integritet.

Verksamhetsmål:

- Implementering av analysverktyg för patientsäkerhet - För att stärka patientsäkerhetsarbetet finns ett analysverktyg för att identifiera utmaningar för en säker vård. Analysverktyget är framtaget av Nationell samverkansgrupp (NSG) patientsäkerhet har med stöd av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).
- Fortsätta att utveckla den digitala avvikelshanteringen i journalsystem Treserva.
- Fortsätta att utveckla teamträffar inom verksamheten, för att skapa en bättre och tydliga samverkan kring patients vård.
- Fortsätta att arbeta med kvalitetsregister för att bidra till en ökad patientsäkerhet för patienten.
- Fortsätta att öka kompetensen för hälso- och sjukvårdspersonal genom fortbildning både via interna och externa utbildningar.
- Fortsätta utveckla egenkontroller samt följa upp resultat, göra orsaksanalyser av eventuella brister och systematiskt arbeta med förbättringar för att skapa en bättre och säkrare vård för patienten.
- Öka kunskaperna inom dokumentation i journalsystem Treserva och därmed bidra till ökad patientsäker vård.
- Fortsatt förbättringsarbete av hemtagning och säkra övergångar i vården kopplat till lokala och regionala rutiner.



Vård- och omsorgsförvaltningen
Therese Karlsson

Komplettering beslut IVO Dnr 3.5.1–35506/2022-14

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsförvaltningen föreslår att Vård- och omsorgsnämnden godkänner komplettering av redovisning i ärende till IVO, gällande tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO).

Omedelbar justering

2. Sammanfattning

IVO inledde en nationell granskning 2020, av alla äldreboenden 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. Efter en första granskning begärde IVO in en redovisning av: Åtgärder som vidtagits eller planerats för att komma till rätta med de brister som IVO konstaterat; uppgifter om när åtgärderna genomförts eller skulle komma att genomföras; hur och när effekten av vidtagna åtgärder skulle komma att följas upp. Detta senast 28 mars 2023.

Efter inlämnad redovisning har IVO återkommit med ytterligare begäran om komplettering då IVO bedömt att det fortfarande saknades tillräcklig information. IVO begär att nämnden redovisar följande:

- Vilka åtgärder nämnden vidtagit utifrån konstaterade brister där IVO:s bedömning är att det saknas redovisade åtgärder
- Hur nämnden säkerställer att åtgärder som redan hade vidtagits när inspektionen genomfördes avhjälper de påtalade bristerna
- IVO begär dessutom att nämnden redovisar vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende:
 - Delegering
 - Genomförande av brytpunktsamtal

- Att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare
- Vård- och omsorgspersonalens kompetens
- Vård- och omsorgspersonalens brister i svenska språket
- Dokumentation
- Kontinuitet
- Tillgång till information vid vård i livets slutskede

Följande redovisning ska vara inlämnad senast 1 mars 2024.

3. Ärendet

Kompletteringen till IVO har sammanställts av MAS under hösten 2023. Kompletteringen är uppdelad på de områden som IVO efterfrågar och ytterligare information i ärendet delges i två bilagor som medföljer kompletteringen. För att få en helhetsbild behöver man ta del av all information i ärendet som delges nedan under rubriken beslutsunderlag.

Det som IVO efterfrågar ytterligare information kring följer i kursiv stil.

"Vilka åtgärder nämnden vidtagit utifrån konstaterade brister där IVO:s bedömning är att det saknas redovisade åtgärder"

Här redovisas de åtgärder som vidtagits gällande delegering, brytpunktssamtal samt gällande att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling utan förnyad kontakt med läkare.

"Hur nämnden säkerställer att åtgärderna som redan hade vidtagits när inspektionen genomfördes avhjälper de påtalade bristerna"

IVO påtalade i sin granskning att det förekom brister vad det gäller vård- och omsorgspersonalens kompetens samt brister i det svenska språket. Detta trots att åtgärder till viss del tillsats av nämnden redan innan inspektionen genomfördes. På grund av detta vill IVO ha ytterligare information gällande dessa områden.

IVO begär dessutom att nämnden redovisar vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende:

- *Delegering*
- *Genomförande av brytpunktssamtal*
- *Att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare*
- *Vård- och omsorgspersonalens kompetens*
- *Vård- och omsorgspersonalens brister i svenska språket*
- *Dokumentation*
- *Kontinuitet*
- *Tillgång till information vid vård i livets slutskede*

Under detta stycke redovisas effekter gällande alla punkter bortsett från Vård- och omsorgspersonalens kompetens samt Vård- och omsorgspersonalens brister i svenska språket. Effekter gällande det två områdena hänvisas till föregående fråga där det behandlas. Här hänvisas också till bilaga 1 och 2 för att få mer information kring effekter.

Beslutsunderlag:

Beslut IVO 2023-06-15, Dnr. 3.5.1–35506/2022–14

Komplettering beslut IVO Dnr. 3.5.1–35506/2022–14

Bilaga 1 Tillägg Dnr 3.5.1-35506.2022-14_ VON 2022.49.

Bilaga 2 Redovisning av genomlysning befintlig HSL journalgranskning

Katarina Haddon
FörvaltningschefTherese Karlsson
Utvecklingsledare**Beslut till:**FC
MAS



Komplettering beslut IVO Dnr. 3.5.1-35506/2022-14

IVO inkom med begäran om ytterligare komplettering till Oxelösunds kommun, Vård- och omsorgsnämnden, gällande ärende om tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO). Nedan följer en sammanställning av de åtgärder och redovisning av de effekter som IVO efterfrågar (IVO:s frågeställningar i kursiv stil) i sin begäran om komplettering.

”Vilka åtgärder nämnden vidtagit utifrån konstaterade brister där IVO:s bedömning är att det saknas redovisade åtgärder”

Åtgärder vidtagna gällande delegering är följande:

- Uppföljning genom stickprovskontroll som egenkontroll två gånger per månad med start våren 2024. Påminnelse sker i sjuksköterskornas planeringssystem som planeras att startas i gång i januari 2024. Egenkontrollen innebär att den som delegerar personalen gör en kontroll av hur den delegerade arbetsuppgiften utförs utifrån en specifik mall. Resultat delges enhetschef som följer upp med eventuella åtgärder. Delges Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) en gång per höst och vår.
- Uppföljande samtal efter en månad efter delegering, samt därefter minst årligen vid förnyelse av delegering.
- Enhetschef för boendet ansvarar för att den som har fått en delegerad arbetsuppgift ska få tid och möjlighet att utföra den på ett patientsäkert sätt.
- Nya rutiner samt uppdatering av befintliga rutiner återkopplas tydligt till berörd personal via enhetschef kontinuerligt på arbetsplatsträffar, verksamhetsträffar och MAS möten. Är påbörjat hösten 2023.

Effekten av dessa åtgärder/egenkontroller följs upp i maj 2024 och i november 2024, redovisas i patientsäkerhetsberättelsen för 2024.

Åtgärder vidtagna gällande brytpunktsamtal är följande:

- Vid brytpunktssamtalet ska patienten och eller närstående ges information om tillstånd, få möjlighet att delge sina egna tankar och önskningar och på så sätt ges möjlighet att förbereda sig inför döden. Enligt Oxelösunds kommuns riktlinje för palliativ vård samt Socialstyrelsens föreskrift är brytpunktsamtal läkares ansvar. Sjuksköterskans initierar till läkare att brytpunktsamtal ska ske, det är sedan läkares ansvar att utföra detta. Enligt riktlinjen skall samtalet ske med patient och/eller närstående. Dokumentation om brytpunktsamtal ska ske i respektive vårdgivares journal.
- Information samt utbildning om var och hur brytpunktssamtal ska dokumenteras med korrekt sökord i kommunens patientjournal. Treseva sker på planerade utbildningstillfällen för dokumentation. Detta sker en gång i månaden av ansvarig utbildare inom förvaltningen. Brytpunktsamtal dokumenteras efter att information om detta har givits av läkare i patientjournal Treseva under befintligt sökord.
- Verifiering att brytpunktsamtal skett, sker via kontroll i nationell patientöversikt (NPÖ) alternativt direktkontakt med patientansvarig läkare (PAL). Ovanstående åtgärder kontrolleras genom journalgranskning av MAS två gånger per år samt via kollegial journalgranskning. Kollegial journalgranskning ska ske enligt rutin, en journal varje månad, enhetschef för legitimerad personal ansvarar för att detta sker. Enhetschefen sammanställer journalgranskning en gång per halvår och återkopplar det till MAS senast den 31/8 samt 31/1. Resultat presenteras i patientsäkerhetsberättelsen årligen.

Åtgärder vidtagna gällande att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare är följande:

- All palliativ vård ska alltid föregås av en läkarkontakt. Ordination på läkemedel för vård i livets slutskede sker i pascal av läkare och den ordinationen ska alltid vara tidsbestämd till maximalt en månad. Ifall en individuell bedömning sker av läkare där ovanstående frångås ska detta föregås av en samordnad individuell plan (SIP) och dokumenteras i kommunens patientjournal Treserva. Om inte ordinationer är tidsbestämda skall sjuksköterska kontakta patientansvarig läkare (PAL) för ny ordination. Ordinationen ska kopplas till patientens tillstånd och följas upp vid förändringar.

Ordinationer ska även sättas ut om allmäntillståndet förbättras under ordinationstiden.

- Att ovanstående sker följs upp med legitimerad personal på MAS möten var sjätte vecka. Uppföljning med vårdcentral sker via samverkansmöten var sjätte vecka

”Hur nämnden säkerställer att åtgärderna som redan hade vidtagits när inspektionen genomfördes avhjälper de påtalade bristerna”

IVO påtalar i sin granskning att det förekommer brister vad det gäller vård- och omsorgspersonalens kompetens samt brister i det svenska språket. Detta trots att åtgärder till viss del tillsats av nämnden redan innan inspektionen genomfördes. Nämnden säkerställer att följande brister avhjälpas enligt följande:

Vård och omsorgspersonalens kompetens

- Egenkontroll är ej gjord då det inte har funnits någon mer planerad åtgärd förutom äldreomsorgslyftet. Planering pågår att utföra utbildning i grundläggande kunskaper inom delegerbara uppgifter. Utbildning planeras även för att kunna göra en första kontroll av förändring i allmäntillstånd och att kommunicera detta via SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation) till sjuksköterska. SBAR är en väl beprövad kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring. Detta för att

omvårdnadspersonalen ska bli tryggare med när sjuksköterskan ska kontaktas. Utbildning planeras även för att kunna ta enklare vitala parametrar såsom blodtryck, puls, blodsocker och temp för att sjuksköterskan ska kunna göra en medicinsk bedömning.

- Ovanstående planeras att påbörjas i januari 2024. Uppföljning av utbildning sker i juni 2024.
- Utbildning till undersköterska via Äldreomsorgslyftet pågår och erbjuds till alla tillsvidareanställda vårdbiträden. Detta kommer att fortlöpa så länge behovet finns. Satsningen på Äldreomsorgslyftet är förlängt till 2027.
- Effekten under 2023 ses i att fler utbildar sig till undersköterskor.

Vård-och omsorgspersonalens brister i svenska språket

- Krav på godkänt digitalt arbetsprov innan anställning och delegering är infört. *Det digitala arbetsprovet är inte ett språktest, däremot behöver du ha uppnått en viss nivå av svensk-kunskaper för att klara testet.* Egenkontroll utförd av enhetschef på bemanningsavdelningen visar att effekt sågs vid genomförandet av digitalt arbetsprov. 89 test genomfördes fram till 1 juni 2023 varav 51 klarade testet och 49 av dessa anställdes (gäller timvikarier). Digitalt arbetsprov som ett krav vid anställning och vid delegering kommer att fortlöpa under 2024.
- Utbildning för språkkombud startade hösten 2023, dock svagt intresse från enheterna på särskilt boende.
- Effekt av ovanstående kommer ses löpande vid genomförande av digitalt arbetsprov och innan delegering.
- Rutin gällande delegering är uppdaterat med krav på språkförståelse både i tal och skrift.

”IVO begär dessutom att nämnden redovisar vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende:

- delegering
- genomförande av brytpunktsamtal
- att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare
- vård- och omsorgspersonalens kompetens
- vård- och omsorgspersonalens brister i det svenska språket
- läkartillgång/läkarmedverkan
- dokumentation
- kontinuitet
- tillgång till information vid vård i livets slutskede”

Nedan följer en redovisning av de effekter som nämnden sett i sin egenkontroll. I text hänvisas även till Bilaga 1 och 2 för ytterligare information. För information gällande vård- och omsorgspersonalens kompetens samt vård- och omsorgspersonalens brister i det svenska språket, se föregående fråga då effekter redovisats kring dessa punkter där. För övriga punkter, se nedan;

Delegering

- Ingen egenkontroll är gjord i nuläget. Planerad åtgärd är att införa en checklista för egenkontroll, se åtgärd sida 1 angående delegering.

Genomförande av brytpunktssamtal

- Vid planerad journalgranskning skall sökord för brytpunktssamtal eftersökas (se Bilaga 1 Tillägg Dnr 3.5.1-35506.2022-14_ VON 2022.49).

Egenkontroll är ej utförd på grund av bristande följsamhet till gällande rutiner. Kollegial granskning ska göras enligt rutin av både sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut. Granskning ska göras av minst en journal per område (särskilt boende, kortvård och rehab) varje månad. Resultatet sammanställs av ansvarig enhetschef (se sid 2) och presenteras för personal samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). MAS samt enhetschef beslutar om eventuella åtgärder. Granskning sker även av MAS genom att följa

journalgranskningsmall 4–6 gånger per år. Resultat kommer att följas upp och presenteras på MAS/MAR möte med legitimerad personal var sjätte vecka. Redovisas även i patientsäkerhetsberättelsen.

Att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare

- I rutin för läkemedelshantering förtydligas det att all palliativ vård alltid ska föregås av en läkarkontakt. Ordination på läkemedel för vård i livets slutskede sker i pascal av läkare och den ordinationen ska alltid vara tidsbestämd till maximalt en månad. Ifall en individuell bedömning sker av läkare där ovanstående frångås ska detta föregås av en samordnad individuell plan (SIP) och dokumenteras i kommunens patientjournal Treserva. Om inte ordinationer är tidsbestämda skall sjuksköterska kontakta patientansvarig läkare (PAL) för ny ordination. Ordinationen ska kopplas till patientens tillstånd och följas upp vid förändringar. Ordinationer ska även sättas ut om allmäntillståndet förbättras under ordinationstiden.

Rutin kommer att aktualiseras för legitimerad personal i samband med MAS möte som sker var sjätte vecka.

Sköterskor upplever att det fungerar bra med läkarmedverkan under 2023 jämfört med 2022 då tre vårdcentraler var ansvariga för läkarmedverkan. Från och med 2023 har Oxelösunds kommun läkarmedverkan från endast en vårdcentral, vilket bedragit till en betydligt bättre kommunikation samt kontinuitet kring palliativa ordinationer. Kontakt sker alltid med läkaren innan palliativ vårdplan skapas samt patientens status lyfts alltid på rond med läkare veckovis.

Läkartillgång/läkarmedverkan

- Uppföljning av läkarmedverkan är utförd med vårdcentral Oxelösund i november 2023. En enkätundersökning från sjuksköterskor på särskilt boende ligger till grund för uppföljningen. Därefter revideras avtalet med vårdcentralen i Oxelösund och skickas till Region Sörmland. Effekten av enkätundersökning visar att samarbetet mellan läkare från vårdcentralen och sjuksköterskor på särskilt boende fungerar väl. Från 2023-01-01 har Oxelösunds kommun, avtal med endast en vårdcentral jämfört tre vårdcentraler under 2022, vilket medför en bättre kontinuitet och tydlig kommunikation.

Samverkan med vårdcentralen sker löpande med chef på vårdcentral via MAS, vid behov av förändring gällande läkarmedverkan. Frågor gällande läkarmedverkan sker även löpande var sjätte vecka via *lokal arbetsgrupp äldre* som är ett samverkansmöte mellan Oxelösundskommun och regionen. Vid akuta frågor ses effekt i närtid.

Dokumentation

- Egenkontroll genom journalgranskning enligt interkontrollplan sker av MAS två gånger per år. Granskningen har fokus vårdplaner. Granskning utförd i maj samt i november 2023 visar att merparten av de öppna vårdplanerna är ej aktuella. Arbete gällande att vårdplaner ska hållas uppdaterade sker via Treserva dokumentationsgrupp som är uppstartad under hösten 2023 och fortgår var fjärde vecka. Sjuksköterskor ska även få avsatt tid varje vecka för att uppdatera samt hålla vårdplaner aktiva.
- Resultat av journalgranskning utförd hösten 2022 se *Bilaga 2 Redovisning av genomlysning befintlig HSL journalgranskning*.

Kontinuitet

- Egenkontroll av kontinuitet avseende sjuksköterskor är ej utförd. Däremot planeras en genomlysning av sjuksköterskeorganisationen under vinter 2023. Uppföljning av kontinuiteten av sjuksköterskor per patient sker under våren 2024 (se sidan 11 i Bilaga 1 Tillägg Dnr 3.5.1-35506.2022-14_ VON 2022.49).
- Egenkontroll avseende kontinuitet läkarmedverkan är utförd. Kommunen har under 2023 endast haft en vårdcentral i stället för tidigare tre under 2022. Vilket innebär att det endast är en läkare vid rond och vid telefonkontakt under kontorstid. Effekt av detta har redan setts utifrån den enkät som sjuksköterskor fyllt i under hösten 2023 inför uppföljning av läkarmedverkan med vårdcentralen (se sida 6).
- Egenkontroll avseende kontinuiteten bland omvårdnadspersonal är ej utförd. Planeras att ske våren 2024 utav enhetschefer på särskilt boende.

Tillgång till information vid vård i livets slutskede

- Vårdplaner ska hållas uppdaterade för att omvårdnadspersonal ska få tillgång till korrekt information när en patient vårdas i livets

slutskede. Egenkontroll utförd av MAS avseende vårdplan av vård i livets slutskede utförd i november 2023, visar att brytpunktsamtal har utförts på samtliga. Dock är det ej alltid dokumenterat under korrekt sökord.

- Kontakt mellan sjuksköterska och läkare gällande patienter i livets slutskede sker via rond på särskilt boende med läkare från vårdcentralen Oxelösund. Effekt enligt enkät visar att samarbetet och informationen fungerat bra.

I texten har vi hänvisat till bilaga 1 och 2. Ytterligare information med svar på IVO:s begäran rörande vilka åtgärder nämnden vidtagit utifrån konstaterade brister där IVO:s bedömning är att det saknas redovisade åtgärder samt hur nämnden säkerställer att åtgärder som redan hade vidtagits när inspektionen genomfördes avhjälpas de påtalade bristerna, går att finna i bilaga 1 Tillägg Dnr 3.5.1-35506.2022-14_ VON 2022.49.

Katarina Haddon
Förvaltningschef

Fredrik Landeblad
MAS



Bilaga 1 - Tillägg beslut IVO Dnr. 3.5.1-35506/2022-14. VON 2022.49

2023-10-25

Tidigare åtgärder är med genomstruken text. Komplettering står som tillägg med datum

Tillsyn av medicinsk vård och behandling för särskilda boenden för äldre

Detta formulär är utformat för vårdgivarens/huvudmannens redovisning av åtgärder med anledning av det beslut med begäran om återredovisning som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fattat i tillsynen av kommunens särskilda boenden för äldre (SÄBO). Redovisningen kommer att utgöra underlag för IVO:s fortsatta bedömning i ärendet.

IVO önskar att ni fyller i formuläret elektroniskt via bifogad länk i aktuellt mejl. Om ni väljer att lämna uppgifter i detta Wordformulär kan ni skicka det med e-post till IVO via e-postadressen: registrator@ivo.se eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer som finns på beslutet.

Vid eventuella frågor om formuläret kontakta IVO via: tillsyn.mitt@ivo.se

Hantering av personuppgifter

IVO behandlar personuppgifter såsom namn och funktion på den/de personer som är uppgiftslämnare. Uppgifterna används för att kommunicera med tillsynsobjektet och utreda ärendet. IVO behandlar även personuppgifter för att kunna fullfölja sitt ansvar att planera och genomföra tillsyn med utgångspunkt i egna riskanalyser samt för att utgöra underlag för årliga sammanställningar. Behandlingen är nödvändig som ett led i IVO:s myndighetsutövning och för att utföra en uppgift av viktigt allmänt intresse. Så här behandlar IVO personuppgifter.

Vilken kommun redovisar

Oxelösunds kommun

IVO:s diarienummer i beslutet

Dnr 3.5.1-35506/2022

Vårdgivarens/kommunens diarienummer

VON 2022:49

Uppge vilka brister som kommunen kommer att redovisa åtgärder för, utifrån IVO:s beslut i tillsynen

- Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften
- Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning
- Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk
- Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård
- Läkemedelshandlingen sker inte på ett patientsäkert sätt
- Personal som arbetar med patienter i livets slutskede har inte tillgång till information om hur vården ska genomföras – **Tillägg: 2023-10-25**
- Brytpunktsamtal dokumenteras inte i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen

På följande sidor i formuläret redovisar ni åtgärder för de brister som ni kryssat för ovan. Övriga sidor som rör redovisning av ovanstående brister som ni inte kryssat för lämnas tomma. I slutet av formuläret finns frågor som IVO vill att ni fyller i som handlar om övriga eventuella brister samt signering av vem/vilka som har fyllt i formuläret.

Brist: Den personal som gör medicinska bedömningar har inte tillräcklig kompetens för arbetsuppgiften

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

- * Den personal som är närmast patienten har inte alltid den kunskap och kompetens som krävs för att kunna observera, tolka och signalera när patientens tillstånd förändras.
- * Det framkommer att sjuksköterskorna ofta eller ibland saknar förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd på plats när det skulle behövas för att uppnå god vård.
- * Tillgången till läkare är ofta eller ibland otillräcklig.

Hur stor andel av vård- och omsorgspersonalen på SÄBO i er kommun hade en undersköterskeutbildning under 2022?

- 0-25 procent
- 26-50 procent
- 51-75 procent
- 76-100 procent
- Kan ej ta fram detta underlag

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

- Eftersom det finns så hög andel utbildad personal med undersköterskekompetens, 93 %, anser vi att det inte är en brist som behöver åtgärdas. Utbildning av personal till undersköterskekompetens har skett genom äldreomsorgsyftet. Äldreomsorgsyftet är ett pågående arbete. Detta innebär att vårdbiträden utbildas till undersköterskor. Detta bekostas genom statsbidrag.
- Tillgång till läkare sker enligt läkarsamverkansavtal med Region Sörmland. Vi har tillgång till läkare i enlighet med det avtalet. Under 2022 har vi haft avtal med 3 olika vårdcentraler, det kan vara anledningen till att sjuksköterskor upplevt att läkartillgången varit bristande. Från 2023 är det åter enbart 1 vårdcentral som avtalet gäller. Sjuksköterskorna har under våren meddelat att det fungerar mycket bättre med läkarna nu.
- På sid 4 står att Sjuksköterskorna framförde att det vid varje arbetspass finns möjlighet att besöka patient och bedöma hälso- och sjukdomstillstånd när de anser att det finns behov av det.
- Samtliga sjuksköterskor har erbjudits utbildning enligt bedömning SKILS.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

- Nytt samverkansavtal för läkarmedverkan började gälla från 1 januari 2023
- Utbildning för sjuksköterskor i bedömningen enligt SKILS genomfördes under februari 2023.
Ny utbildning genomförs när ny personal (sjuksköterskor) anställs.

Tillägg: 2023-10-25:

Utbildning i bedömningsinstrument SKILS sker av en specifik sjuksköterska i kommunen. Utbildning inom SKILS sker löpande vid behov samt vid inskolning av ny legitimerad personal. Behovet följs upp av enhetschef för sjuksköterskor.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

- Äldreomsorgslyftet följs upp regelbundet varje år.

Tillägg: 2023-10-25:

Utbildning till undersköterska via Äldreomsorgslyftet erbjuds till tillsvidareanställda vårdbiträden. Detta kommer att fortlöpa så länge behovet finns. Satsningen på Äldreomsorgslyftet är förlängt till 2027.

Effekt ses i närtid att fler utbildar sig till undersköterskor. Följs upp av enhetschef juni 2024 därefter 2 gånger per årlig kontinuerligt.

- Samverkansavtal avseende läkarmedverkan följs upp två gånger per år.

Tillägg: 2023-10-25:

Uppföljning av utbildningen bedömningsinstrument SKILS, följs upp av enhetschef för sjuksköterskor 2 gånger per år samt vid behov.

Tillägg: 2023-10-25:

Uppföljning av läkarmedverkan är utförd med vårdcentral Oxelösund i november 2023. En enkätundersökning från sjuksköterskor på särskilt boende ligger till grund för uppföljningen. Därefter revideras avtalet med vårdcentralen i Oxelösund och skickas till Region Sörmland. Effekten av enkätundersökning visar att samarbetet mellan läkare från vårdcentralen och sjuksköterskor på särskilt boende fungerar väl. Från 2023-01-01 har Oxelösunds kommun, avtal med endast en vårdcentral vilket medför en bättre kontinuitet och tydlig kommunikation. Samverkan med vårdcentralen sker löpande med chef på vårdcentral via MAS, vid behov av förändring gällande läkarmedverkan. Frågor gällande läkarmedverkan sker även löpande var sjätte vecka via lokal arbetsgrupp äldre som är ett samverkansmöte mellan Oxelösundskommun och regionen. Vid mer akuta frågor sker kontakt med vårdcentralen omgående.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

- ~~Repetition av SBAR för samtliga undersköterskor/omvårdnadspersonal i samband med delegering~~

Tillägg: 2023-10-25:

Planering pågår att utföra utbildning i grundläggande kunskaper inom så som diabetes, kateterskötsel, bensår etcetera. Utbildning planeras även för att kunna göra en första kontroll av förändring av allmäntillstånd och kommuniceras via SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation) till sjuksköterska. SBAR är en väl beprövad kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring. Detta för att omvårdnadspersonalen ska bli tryggare med när sjuksköterskan ska kontaktas. Utbildning planeras även för att kunna ta enklare vitala parametrar såsom blodtryck, puls, blodsocker och temp för att sjuksköterskan ska kunna göra en medicinsk bedömning. Utbildningarna planeras att påbörjas i januari 2024. Uppföljning av utbildning sker i juni 2024

- ~~Vid anställning av vikarier ska information om SBAR ges ut.~~

Tillägg: 2023-10-25:

Information om SBAR ska göras av enhetschef, i samband med anställning.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

- ~~Utbildningsdagar för sommarvikarier/nyanställda kommer att ske i juni. Då kommer information om SBAR att ges.~~

Tillägg 2023-10-25:

Planerade utbildningar ovan planeras att påbörjas i januari 2024. Uppföljning av utbildning sker i juni 2024.

Brist: Den personal som gör medicinska bedömningar behärskar inte det svenska språket i tillräcklig omfattning

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* IVO konstaterar att en del av kompetensbristen handlar om att personalen har otillräckliga kunskaper i svenska språket.

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Kunskapsprov för alla nyanställda där det testas språk och omvårdnadskunskap

Tillägg 2023-10-25:

Rutin gällande delegering är uppdaterat med krav på språkförståelse både i tal och skrift.

Krav på godkänt digitalt språkstest innan anställning och delegering är infört.

Utbildning för språkombud

- Förtydliga uppdragsbeskrivning för undersköterskor och övrig omvårdnadspersonal. Undersköterska/omvårdnadspersonal i Oxelösunds kommun skall ~~inte~~ utföra medicinska bedömningar.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

- Kunskapsprovet startade 2022 och genomförs regelbundet, vid all nyanställning av omsorgspersonal.

Tillägg 2023-10-25:

Rutin gällande delegering uppdaterad vinter 2023.

Krav på godkänt digitalt språkstest innan anställning och delegering är infört sommar 2023.

Kommunen kommer att fortsätta med språkstest som ett krav vid anställning samt delegering inom vård- och omsorgsförvaltningen.

Utbildning för språkombud startade hösten 2023, dock svagt intresse från verksamheterna.

- Uppdragsbeskrivningar kommer att gås igenom regelbundet.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

- Genomgång av uppdragsbeskrivningar, vad avser hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs enligt delegering, följs alltid upp årligen eller vid behov.

Tillägg 2023-10-25:

Direkt effekt kunde ses vid genomförandet av digitalt språktest där 89 test genomfördes fram till 1 juni 2023 varav 51 klarade testet och 49 anställdes (gäller timvarier).

Kommer att fortsätta med digitalt språktest som ett krav vid anställning samt delegering.

Utbildning för språkombud startade hösten 2023, dock svagt intresse från enheterna på särskilt boende.

Uppföljning av ovanstående kommer ske löpande vid genomförande av språktest samt vid delgeringsträffar.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

- ~~Språkombud ska utbildas. Språkombud behöver finnas i alla verksamheter för att lära oss hur vi ska bemöta personal som har otillräckliga kunskaper i svenska språket.~~

Tillägg 2023-10-25:

Planerar att fortsätta med språktest som ett krav vid anställning samt delegering.

Utbildning för språkombud planeras att fortsätta under 2024.

Utbildning kring kommunikation för omvårdnadspersonalen med kommunikationsmodell SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation) planeras. SBAR är en väl beprövad kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

- ~~Hösten 2023 påbörjas arbetet med att utbilda språkombud. Därefter kan en utvärdering ske.~~

Tillägg 2023-10-25:

All planerad utbildning av omsorgspersonal kommer att starta våren 2024.

Brist: Dokumentationen sker inte enligt gällande regelverk

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* IVO:s granskning visar att dokumentationen på SÄBO i kommunen inte sker enligt gällande regelverk.

* IVO konstaterar att det för några, flera eller flertalet patienter på SÄBO helt saknas vårdplaner.

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

- Utbildning i dokumentation påbörjades hösten 2020 för legitimerad personal. Syftet med denna utbildning är att få en likvärdig dokumentation och vårdplan. Patientstatus ska dokumenteras i sökordsträdet. Vid återkommande problem/behov skapas sedan en vårdplan. En vårdplan ska upprättas, i samråd med patient och närstående. Denna ska dokumenteras i journalen. Vårdplanerna är kommuns kommunikationslänk ut till Undersköterskor/omvårdnadspersonal. Undersköterskor/omvårdnadspersonal kan läsa och dokumentera i vårdplanen. Enligt rutin för dokumentation i Oxelösunds kommun skall vårdplan skapas på alla diagnoser där det finns ett omvårdnadsbehov/problem. Problemet skall dokumenteras i under adekvat undersökord i journalens struktur. Den aktuella vårdplanen ska enligt rutin innehålla problem/behov som beskriver bakomliggande orsak och nuvarande status, mål, åtgärder, uppföljning samt resultat. Syftet med vårdplanen är att all personal som är involverade i patientens vård ska arbeta mot samma mål och gemensamt genomföra de åtgärder som beslutats. Vårdplanen är tvärprofessionell, vilket innebär att alla journalföringspliktiga yrkesgrupper tillför och ansvarar för sin del i vårdplanen. Den aktuella vårdplanen ska innehålla problem/behov som beskriver bakomliggande orsak och nuvarande status, mål, åtgärder, uppföljning samt resultat. Samtliga patienter skall bedömas i kvalitetsregistret senior alert på teamträff eller vid behov oftare och utifrån identifierade risker upprätta aktuell vårdplan utifrån identifierade riskområden.

I resultatet från IVO framkommer att hälften av patienterna på SÄBO saknar vårdplan.

Detta känner inte kommunen igen utan en möjlig förklaring är att när en journal presenteras i ett utskriftsformat som delgavs IVO kan det vara svårt att följa och identifiera strukturen för vårdplan.

- Journalgranskning genomfördes enligt nedan. Medicinska ansvarig sjuksköterska har tillsammans med processledare för Nära Vård, därför utfört en journalgranskning. Detta pågick under perioden 220830–221209. Att granska hälso- och sjukvårdens processer och arbete ligger i linje med kommunens arbete kring nära vård. I enlighet med den lokala uppdragsbeskrivningen gällande processledare för Nära Vård, har genomlysning av journaler i befintlig HSL-verksamhet utförts. Syftet har varit att belysa nuvarande arbetsmetoder samt identifiera framtida utvecklingsområden. Syftet har även varit att granska den journalföring som görs av legitimerad personal i kommunen verksamheter. Under september fanns 139 patienter på SÄBO för äldre i Oxelösund. Av dessa granskades 26 journaler vilket är 18,7 procent av journalerna.

Redovisa uppgifter om när <u>vidtagna</u> åtgärder genomförts		
<ul style="list-style-type: none"> Arbetet med vidtagna åtgärder i form av utbildning i dokumentation för legitimerad personal är ett arbete som pågår hela tiden. Utbildningen återkommer regelbundet, minst en till två gånger per för år all legitimerad personal. 		
Utdrag ur resultat från journalgranskning		
Finns uppföljning i plan från omvårdnadspersonal?		Samtliga patientjournaler har planer där omvårdnadspersonal har gjort uppföljningar på ett korrekt sätt.
Är befintliga planer aktuella?	antal aktuella, uppföljda, fler av samma karaktär?	<p>100% (26/26) av journalerna har planer. Sammanlagt finns 243 planer i de 26 granskade journalerna, vilket ger ett genomsnitt på 9,3 planer per patient/journal.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 79% (192/243) av samtliga planer bedöms vara aktuella, dvs det finns en åtgärd i planen. Resterande planer har enbart bedömning/problem och mål men saknar åtgärd. – 63% (153/243) av samtliga planer är uppföljda av SSK. – 0,4% (1/243) av planerna har dokumenterat utförd åtgärd. Inte nödvändigtvis att man dokumenterat utförd åtgärd på varje genomförd åtgärd, men vissa. – 3% av samtliga planer är dubletter, de berör samma problematik.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

<ul style="list-style-type: none"> Vidtagna åtgärder följs upp genom årlig granskning av dokumentation <p>Tillägg 2023-10-25: Journalgranskning av MAS enligt journalgranskningsmall i november 2023. Resultat följs upp och presenteras på MAS/MAR möte med legitimerad personal och redovisas i patientsäkerhetsberättelsen. Journalgranskning enligt interkontrollplan sker av MAS två gånger per år (maj 2023 och november 2023).</p> <ul style="list-style-type: none"> Kollegial granskning. <p>Tillägg 2023-10-25: Kollegial granskning ska göras av både sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Granskning ska göras av en journal per område (särskilt boende, kortvård och rehab) varje månad. Resultatet sammanställs av enhetschef för hälso- och sjukvården. Presenteras för legitimerad personal och MAS. MAS och enhetschef beslutar om eventuella åtgärder och förändringar i nuvarande rutin för dokumentation.</p> <ul style="list-style-type: none"> I internkontroll av MAS kontrolleras enligt rutin bland annat förekomst av vårdplan. I de tre senaste rapporteringar till nämnd har vårdplan för äldre på SÄBO funnits i journal.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Tillägg 2023-10-25:

Utbildning av hur omvårdnadspersonal ska dokumentera i vårdplaner och hur dessa ska användas i det dagliga arbetet. Detta sker genom en webbutbildning vid nyanställning samt innan gruppdelegering.

Enhetschef för legitimerad personal lyfter på verksamhetsträffar kontinuerligt med legitimerad personal att vårdplaner ska vara uppdaterade och aktuella där uppföljning, utvärdering och resultat av den aktuella vårdplanen ska dokumenteras. Vårdplaner som inte är aktuella ska avslutas. Att hålla aktiva skall även ingå i den dokumentationsutbildnings som har påbörjats.

Stående punkt på Treserva dokumentationsmöten var fjärde vecka för legitimerad personal.

MAS har som stående punkt på MAS möte, med legitimerad personal, var sjätte vecka gällande vårdplaner samt dokumentation i kommunens patientjournal Treserva.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Tillägg 2023-10-25:

Webbutbildning av hur omvårdnadspersonal dokumenterar i vårdplaner kommer att påbörjas omgående vid nyanställning, inför delegering och där behov föreligger. Enhetschef för omvårdnadspersonal på särskilt boende ansvarar för detta.

Legitimerad personal ska på avsatt tid, hålla vårdplaner uppdaterade och aktuella. Och avsluta alla icke aktuella vårdplaner. Legitimerad personal ska få avsatt tid varje vecka för att hålla sina journaler uppdaterade.

Är påbörjat under november 2023. Planerad uppföljning kommer ske i början av 2024.

Treserva dokumentationsmöten var fjärde vecka för legitimerad personal är uppstartad oktober 2023.

Brist: Det finns inte en kontinuitet i personalgruppen som främjar en god vård

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* IVO konstaterar att det finns brister i personalkontinuiteten bland exempelvis vård- och omsorgspersonal, sjuksköterskor och/eller läkare.

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

- Vård och omsorgspersonal: erbjuda personal rätt till heltid. ändra till smarta scheman (hela arbetspass). Startades i januari 2023.
- Sjuksköterskor: Omorganisation i SSK-gruppen. Ökad bemanning i hemsjukvård för bättre kontinuitet i ordinärt boende. Alla SSK i organisationen får arbeta jourpass, tidigare låg detta enbart på ssk-säbo. Detta gör att ssk på säbo får mer dagtid för sina patienter. Omorganisationen resulterar i att det är fler som arbetar jourtid, vilket kan medföra fler personer som besöker patienten och således dokumenterar. Vinsten med omorganisationen är att varje PAS har mer tid för de patienter som hen har ansvar för.
- Läkare handlade det om tidigare samverkansavtal. Det är ett nytt avtal från år 2023.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

- Vård och omsorgspersonal, startades i januari 2023

Tillägg 2023-10-25:

Rätt till heltid samt förändring till smarta scheman ansvarar enhetscheferna på boendena för och detta arbete pågår nu.

- Sjuksköterskor, omorganisationen gjordes december 2022
- Samverkansavtal om läkarmedverkan gäller från 2023-01-01.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

- Följa upp kontinuitet och brukarnöjdhet, genom enkäter till brukare och personal under år 2023. Följa upp politiska mål.

Tillägg 2023-10-25:

Politiska mål följs upp genom kvalitetsberättelser och patientsäkerhetsberättelserna.

Sjuksköterskor har redovisat till enhetschef hur det fungerar efter omorganisation. Det är färre legitimerad personal på varje patient, dock har sjuksköterskorna ansvar för fler patienter.

- Samverkan med enbart 1 vårdcentral gällande läkarresurser. Samverkansavtalet följs upp två gånger per år.

Tillägg 2023-10-25:

Uppföljning gällande samverkan med vårdcentral har skett under hösten 2023.

Resultat visar att sjuksköterskor upplever att det fungerar mycket bättre med läkare kopplat till enbart en vårdcentral. Uppföljning med vårdcentralen angående detta har skett i november 2023.

- Schema-uppföljning i vår, bland annat av sjuksköterskegruppen-

Tillägg 2023-10-25:

Utvärdering av förändring av schema för sjuksköterskor kommer att ske våren 2024.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Tillägg 2023-10-25:

Inga mer åtgärder planerade i nuläget än det som redan är påbörjat.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Brist: Läkemedelshantering sker inte på ett patientsäkert sätt

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

** IVO:s tillsyn visar att läkemedelshantering i kommunen inte sker på ett patientsäkert sätt.*

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.*

Läkemedelsgenomgång:

** IVO konstaterar att det saknas dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen.*

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

- Sjuksköterskorna återkallar delegering direkt vid minsta tveksamhet vad avser hälso- och sjukvård.

Delegering

- Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Sörmland har utarbetat länsgemensamma riktlinjer för delegering av arbetsuppgifter inom den kommunala hälso- och sjukvården. Delegering är reglerad i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård. Delegering kan i vissa fall ske även om formellt kompetent personal finns tillgänglig. Dessa fall är när uppgiften kan utföras på ett sätt som gagnar patientens behov och om det inte finns risk att säkerheten äventyras. Delegering får inte ske för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Syftet är att få en enhetlighet i hanteringen oavsett i vilken kommun i länet som utförandet sker. Målet är att delegeringar som utfärdas inom länets kommuner är patientsäkra och ger den enskilda individen trygghet samt en god och säker vård. Det är varje verksamhetschefs ansvar att leda arbetet och fördela arbetsuppgifterna allt efter art och svårighetsgrad med hänsyn till behovet av kompetens och yrkeserfarenhet. Verksamhetschefen svarar för att den personal som ska utföra olika arbetsuppgifter har tillräcklig kompetens för detta.

På sida 10 i sjätte stycket i beslutet från IVO beskrivs:

"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".

På sida 11 i första stycket i delen som beskriver resultat av uppgifter som framkommit från sjuksköterskor står:

"Sjuksköterskorna framförde att de alltid har förutsättningar att delegera enligt delegeringsföreskriften samt att ge stöd och handledning till den som fått delegering".

Kommunen behöver undersöka dessa påståenden.

Läkemedelsgenomgångar (LMG)

- Oxelösunds kommun följer den länsgemensamma riktlinjen "Riktlinjer för Läkemedelsgenomgångar utanför sjukhus i Sörmland" Inför fördjupade läkemedelsgenomgångar. LMG ska göras under läkares ansvar, dock kräver inte alla arbetsuppgifter vid LMG läkarexpertis och läkaransvar. Vid läkemedelsgenomgång skall sjuksköterskan på SÄBO bistå med nödvändig information och vid fördjupad läkemedelsgenomgång skall symtomskattningsskala

PHASE-20 användas för att identifiera symtom hos patienten som kan ha ett samband med läkemedelsbehandling. Det kan vara biverkningar eller interaktionseffekter.

- Under 2021 dokumenterades 0 fördjupade läkemedelsgenomgångar. Under 2022 utfördes 8 stycken läkemedelsgenomgångar (enligt uppgift från läkemedelscentrum i Sörmland och granskning av systemcross).
- Att skriva in när läkemedelsgenomgångar är genomförda ingår i den dokumentationsutbildning som genomförs för legitimerad personal.

Tillägg 2023-xx-xx:

Utbildning för legitimerad personal i att använda rätt sökord för läkemedelsgenomgångar, i kommunens journalsystem Treserva pågår. Att använda korrekt sökord finns även med som en stående punkt på Treserva dokumentationsmöten var fjärde vecka.

- Tydlig information från sjuksköterskor till ansvarig läkare om deras skyldighet att utföra läkemedelsgenomgångar.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

- Utbildning i dokumentation påbörjades hösten 2020 för legitimerad personal.
- Är lagstadgat att läkare ska genomföra läkemedelsgenomgångar.

Tillägg 2023-10-25:

Det genomförs läkemedelsgenomgångar regelbundet enligt statistik från regionen. Sjuksköterskor har delvis inte dokumenterat korrekt med sökord i kommunens journalsystem Treserva. Treserva dokumentationsmöten med legitimerad personal sker var fjärde vecka och har påbörjats i oktober 2023.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

- Delegering följs upp regelbundet varje år, av den som har delegerat en arbetsuppgift som är en hälso- och sjukvårdsinsats.
- Dokumentationsutbildningen genomförs varje år och följs upp regelbundet exempelvis genom granskning av dokumentation, av MAS och kollegial granskning.

Tillägg 2023-10-25:

Journalgranskning av MAS, enligt journalgranskningsmall har skett i november 2023. Resultat följs upp och presenteras på MAS/MAR möte med legitimerad personal och redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

Kollegial granskning ska göras av både sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Granskning ska göras av en journal per område (särskilt boende, kortvård och rehab) varje månad. Resultatet sammanställas av enhetschef för hälso- och sjukvården. Presenteras för legitimerad personal och MAS. MAS och enhetschef beslutar om eventuella åtgärder och förändringar i nuvarande rutin.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

- Rutinen gällande delegering skall förtydligas då den som tar emot delegering måste behärska svenska språket väl i både tal och skrift.
- Oxelösunds kommun behöver arbeta för att sökordet läkemedelsgenomgång i journalsystemet är känt, följs och används i samråd med läkare och den enskilde, när detta är möjligt.

Tillägg 2023-10-25:

Dokumentationsutbildningen för legitimerad personal planeras att genomföras löpande var tredje månad samt vid behov tidigare ifall behovet föreligger. Detta planeras att följas upp regelbundet exempelvis genom granskning av dokumentation, av MAS och via kollegial granskning.

Uppföljning genom stickprovskontroll som egenkontroll 1 gång per delegerad personal minst var tredje månad med start våren 2024. Påminnelse sker i planeringssystem som planeras att startas i gång i januari 2024. Egenkontrollen innebär att den som delegerar personalen gör en kontroll av hur den delegerade arbetsuppgiften utförs. Egenkontrollen utförs av sjuksköterskor som kontrollerar via stickprov att administreringen av delegerad uppgift utförs korrekt. Fortsätta att genom äldreomsorgslyftet utbilda vårdbiträden till undersköterskor.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

- Rutinen gällande delegering skall förtydligas då den som tar emot delegering måste behärska svenska språket väl i både tal och skrift, och vara klar hösten 2023.

Tillägg 2023-10-25:

Rutin för delegering är ändrad hösten 2023 gällande krav på språkförståelse.

- Oxelösunds kommun behöver arbeta för att sökordet läkemedelsgenomgång i journalsystemet är känt, följs och används i samråd med läkare och den enskilde, när detta är möjligt, och beräknas vara klart under hösten 2023.

Tillägg 2023-10-25:

Dokumentationsutbildningen för legitimerad personal planeras att genomföras löpande var tredje månad med start våren 2024 samt vid behov tidigare ifall behovet föreligger. Detta planeras att följas upp regelbundet exempelvis genom granskning av dokumentation, av MAS och kollegial granskning.

Egenkontroller av läkemedelshandlingen planeras att starta i gång i januari 2024.

Utbildning av undersköterskor genom äldreomsorgslyftet är påbörjad sedan tidigare och fortgår till 2027.

Brist: Personal som arbetar med patienter i livets slutskede har inte tillgång till information om hur vården ska genomföras

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet exempelvis:

* Patienter ska få inflytande över hur den sista tiden i livet ska bli. Resultatet från brytpunktsamtalen behöver vara känt av den personal som vårdar patienten i livets slutskede.

* Patienter i livets slutskede ska inte behöva avlida i ensamhet.

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Brytpunktssamtal sker vid övergång till palliativ vård i livets slutskede är samtal mellan ansvarig eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede

Vid brytpunktssamtalen ska patienten och/eller närstående ges information om tillstånd, få möjlighet att delge sina egna tankar och önskningar och på så sätt ges möjlighet att förbereda sig på döden. Enligt Oxelösunds kommuns riktlinje för palliativ vård skall är brytpunktssamtal läkares ansvar men det ska dokumenteras i respektive vårdgivares journal. Riktlinjen berör även åtta punkter som skall beröras under samtalet. Enligt riktlinjen skall samtalet ske med patient och/eller närstående.

I rutin för palliativ vård står det att patient **aldrig** ska behöva avlida i ensamhet.

Oxelösunds kommun behöver arbeta för att sökordet brytpunktssamtal i journalsystemet är känt, och följs enligt riktlinjen.

Utbildning av sjuksköterskor kring vårdplaner, palliativ vård.

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

- Utbildning av sjuksköterskor kring vårdplaner, palliativ vård, pågår genom dokumentationsutbildningen för legitimerad personal.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

- Genom uppföljning av dokumentationsutbildningen, två gånger per år, och genom granskning av dokumentation.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

- ~~Revidera plan palliativ vård, för att den sedan ska beslutas i nämnd.~~
- ~~Föra in brytpunktsamtal, som sökord i Treserva.~~

Tillägg 2023-10-25:

Aktualisera att sökordet "brytpunktssamtal" ska användas av sjuksköterskor i samband med upprättande av palliativ vårdplan. Aktuella vårdplaner ska vara tillgängliga för omvårdnadspersonalen.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

- ~~Revidera plan palliativ vård, under 2023, för att sedan beslutas i nämnd.~~
- ~~Föra in brytpunktsamtal, som sökord i Treserva, under hösten 2023.~~

Tillägg 2023-10-25:

Att aktualisera sökordet "brytpunktssamtal" har påbörjats hösten 2023. Uppföljning kommer ske löpande var 6:e vecka i samband med MAS-möte. Sökord i Treserva är även stående punkt i Treserva dokumentationsmöten som sker var fjärde vecka med start hösten 2023.

Brist: Brytpunktsamtal dokumenteras inte i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen

Observera att redovisningen avser alla delar av ovanstående brist som framgår av beslutet.

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

- Utbilda sjuksköterskor i dokumentation vid brytpunktsamtal
- Utbildning sjuksköterskor kring vårdplaner, palliativ vård pågår genom dokumentationsutbildningen för legitimerad personal

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

- Utbilda sjuksköterskor i dokumentation vid brytpunktsamtal, dokumentationsutbildning för legitimerad personal pågår regelbundet.

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

- Genom uppföljning av dokumentationsutbildningen, två gånger per år, och genom granskning av dokumentation.

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

- ~~Revidera plan palliativ vård, för att sedan beslutas i nämnd.~~
- ~~Föra in brytpunktsamtal, som sökord i journalsystem Treserva.~~

Tillägg 2023-10-25:

Aktualisera att sökordet "brytpunktssamtal" ska användas av sjuksköterskor i samband med upprättande av palliativ vårdplan. Aktuella vårdplaner ska vara tillgängliga för omvårdnadspersonalen. Sökord i Treserva är även stående punkt i Treserva dokumentationsmöten som sker var fjärde vecka med start hösten 2023.

Granskning av MAS genom journalgranskning. Resultat följs upp och presenteras på MAS/MAR möte med legitimerad personal var sjätte vecka. Redovisas i patientsäkerhetsberättelsen.

- ~~Kollegial granskning.~~

Tillägg 2023-10-25:

Kollegial granskning ska göras av både sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Granskning ska göras av en journal per område (särskilt boende, kortvård och rehab) varje månad, resultatet sammanställs av enhetschef för hälso- och sjukvården. Presenteras för personal och MAS.

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

- ~~Revidera plan palliativ vård, under 2023, för att sedan beslutas i nämnd~~

Tillägg 2023-10-25:

Genomgång och eventuell revidering av riktlinje palliativ vård planeras att genomföras under våren 2024.

- ~~Föra in brytpunktsamtal, som sökord i Treserva, under hösten 2023~~

Tillägg 2023-10-25:

Journalgranskning av MAS är påbörjad sedan tidigare och pågår årligen. Kollegial granskning skulle ha skett enligt tidigare rutin men har varit bristfällig. Uppföljning under våren 2024.

Övriga identifierade brister

Har kommunen identifierat andra brister inom de områden som ingått i tillsynen som ni vill redovisa?

- Ja
 Nej (om nej hoppa till sista sidan för signering)

Redovisa vilka brister ni identifierat

Redovisa de eventuella åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med ovanstående brist

Redovisa uppgifter om när vidtagna åtgärder genomförts

Redovisa hur och när effekten av vidtagna åtgärder kommer att följas upp

Redovisa de eventuella åtgärder som planeras för att komma till rätta med ovanstående brist

Redovisa uppgifter om när eventuella planerade åtgärder kommer att genomföras

Kontrollera att alla uppgifter är ifyllda

Kontrollera att alla redovisade uppgifter är korrekta och att inget saknas. Skicka sedan svaren till registrator@ivo.se eller via ordinarie postgång till den IVO adress som framgår av beslutet. Vid kontakt med IVO ange IVO:s diarienummer som anges på beslutet.

Glöm inte att fylla i namn och funktion på uppgiftslämnaren nedan.

Namn och funktion på uppgiftslämnare

Kerstin Pettersson, T.f. medicinskt ansvarig sjuksköterska
Josefine Boberg, Verksamhetschef för Legitimerad personal

Tillägg 2023-10-25:

Kerstin Pettersson, T.f. medicinskt ansvarig sjuksköterska
Fredrik Landeblad, Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Kerstin Erixon, Enhetschef sjuksköterskor

Datum för inrapportering

2023-03-28

Tillägg: 2023-10-25:



Genomlysning av befintlig HSL-verksamhet, journalgranskning

1. Syfte och bakgrund

I enlighet med den lokala uppdragsbeskrivningen gällande processledare för Nära Vård, Oxelösunds kommun har genomlysning av befintlig HSL-verksamhet gjorts.

Syftet har varit att belysa nuvarande arbetsmetoder samt identifiera framtida utvecklingsområden. Syftet har även varit att granska den journalföring som görs av legitimerad personal i kommunen verksamheter.

2. Urval

Genomlysningen har genomförts i samråd med Medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Sjuksköterskejournals samt arbetsterapeut- och sjukgymnast/fysioterapeutjournals inom områdena hemsjukvård och särskilt boende har granskats.

Slumpmässigt urval har gjorts enligt följande tillvägagångssätt:

- *Särskilt boende:* 2 patientjournals per avdelning har valts ut genom att identifiera den äldsta och den yngsta personen. Det sammanlagda antalet granskade journals blev 26 stycket vilket motsvarar 17 % av samtliga patientjournals på de särskilda boendena i kommunen. Alla tre legitimerade professioner har haft vårdåtagande i dessa 26 journals.
- *Hemsjukvården:* Vad gäller sjuksköterskor (SSK) har 21 patientjournals granskats. Detta motsvarar 17% av sjuksköterskejournalserna inom hemsjukvården. Var femte eller sjätte patientjournal som har aktivt vårdåtagande av sjuksköterska inom områdena Hemsjukvård Innerstan och Hemsjukvård Björntorp har valts ut.

Vad gäller arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut har 21 patientjournals granskats. Detta motsvarar 52 % av sjukgymnast/fysioterapeutjournalserna respektive 75 % av arbetsterapeutjournalserna inom hemsjukvården. En större andel journals har granskats inom dessa professioner då motsvarande 17 % bedömdes resultera i för få antal journals. Urvalet har gjorts genom att

utifrån de som har aktuellt vårdåtagande för respektive profession, ta de fem första- och de fem/sex sista i journalsystemets lista inom områdena Hemsjukvård Innerstan och Hemsjukvård Björntorp.

3. Tillvägagångssätt

Journalgranskningen har genomförts under tidsperioden 220830–221209. Rapporten slutfördes 221213 och delgavs medicinsk ansvarig sjuksköterska 221219.

Vid granskning av sjuksköterskejournals har befintlig journalgranskningsmall använts. Samma mall har använts nedan för att redovisa resultaten.

Vid granskning av arbetsterapeut- och fysioterapeut/sjukgymnastjournal har de delar av journalgranskningsmallen som berör vårdplaner använts.

Vad gäller arbetsterapeut- och fysioterapeut/sjukgymnastjournal har granskningen inriktats på om kriterier för inskrivning i hemsjukvård uppfylls samt hur arbetsmetoden ser ut vid inflytt på särskilt boende. Granskning av arbetsprocess för kortvård har även gjorts.

4. Resultat

Nedan visas resultat av granskning för respektive område och profession. Nedan visas även jämförelse mellan alla tre legitimerade professioner inom området vårdplaner uppdelat på Särskilt boende och hemsjukvård.

Vad gäller resultat från granskning av arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnasts arbete vid inflytt på särskilt boende redovisas det längre ned i löpande text.

Sammanställning Sjuksköterskejournals Särskilt boende, 26 patientjournaler.

Område	Förklaring	Resultat, kommentar
Finns en entydig identifikation av den berörda patienten?		Entydig identifikation av patienten finns i 100% (26/26.) av fallen.
Finns namngiven sjuksköterska samt kontaktuppgifter angiven under referenspersoner?		Finns angivet i 70% (18/26) av journalerna.
Finns ansvarig vårdcentral namngiven, samt kontaktuppgifter till dessa angiven under referenspersoner?		Finns angivet i 58% (15/26) av journalerna.
Finns kända överkänsligheter inskrivna på rätt ställe?		Finns angivet i 27% (7/26) av journalerna.
Finns känd smitta angiven på rätt ställe?		Finns angivet i 4% (1/26) av journalerna.
Finns verifierade medicinska diagnoser inskrivna under medicinska diagnoser?		84% av de angivna medicinska diagnoserna är verifierade enligt journalen.
Finns hälsoproblem uttalade av patienten inskrivna under personfaktorer?		Finns angivet i 12% (3/26) av journalerna, är då angivet av fysioterapeut/sjukgymnast samtliga gånger.
Finns samtycken registrerade för informationsöverföring, NPÖ, begränsningsåtgärd mm?		<p>19% (5/26) har givit samtycke till enbart NPÖ.</p> <p>65% (17/26) har givit samtycke till NPÖ och läkemedelsförteckning i NPÖ</p> <p>54% (14/26) har givit samtycke gällande informationsöverföring till annan vårdgivare</p> <p>50% (13/26) har givit samtycke till informationsöverföring till närstående</p> <p>31% (8/26) har givit samtycke till kvalitetsregister</p> <p>19% (5/26) har givit samtycke till begränsningsåtgärd såsom grind på säng och rörelsevakt.</p> <p>15% (4/26) av journalerna saknar helt någon form av registrerat samtycke.</p> <p>Generellt väldigt olika hur långt man lägger samtycket på när man dokumenterat det. Förekommer allt från ett år upp till tjugo år.</p>
Finns inflyttningsdatum inskrivet?		Finns angivet i 96% (25/26) av journalerna.
Finns närstående /referenspersoner med kontaktuppgifter inskrivna på personkort?		Finns angivet i 96% (25/26) av journalerna.

Information från anhöriga om kontakt när på dygnet i personkortet		Finns angivet i 27% (7/26) av journalerna.
Finns planer ang risker efter riskbedömningar i Senior alert?		<ul style="list-style-type: none"> • 61% (16/26) har en plan gällande <i>risk för fall</i>. 81% (13/16) av risk för fallplanerna är gjorda efter riskbedömning enligt senior alert. • 58% (15/26) har en plan gällande <i>risk för undernäring</i>. 80% (12/15) av risk för undernäringplanerna är gjorda efter riskbedömning enligt senior alert. • 27% (7/26) har en plan gällande <i>risk för trycksår</i>. 43% (3/7) av risk för trycksårsplanerna är gjorda efter riskbedömning enligt senior alert. • 58% (15/26) har en plan gällande <i>risk för ohälsa i munnen</i>. 27% (4/15) av risk för ohälsa i munnenplanerna är gjorda efter riskbedömning enligt senior alert. I resterande fall (11/15) har munhälsobedömning gjorts av tandhygienist.
Finns det dokumenterat att kvalitetsregistrering är utförd under kvalitetsregister?		I 44% av fallen där man genomfört bedömning enligt kvalitetsregister finns det dokumenterat under sökordet <i>kvalitetsregister</i> .
Finns beslut av läkare och plan vid övertagande av ansvar för läkemedelshandlingen? Finns dokumentation om eget läkemedelsansvar?		100% (26/26) av journalerna har en plan gällande övertag av ansvar vid läkemedelshandlingen. I 42% (11/26) av fallen finns det dokumenterat att läkare tagit beslut gällande läkemedelsövertag. I övriga fall finns enbart dokumenterat att personen i fråga ej klarar att handha och administrera sina läkemedel självständigt.
Finns dokumentation under vårdplanering då sådan utförts?		Finns dokumenterat i 85% (22/26) av journalerna.
Är dokumentationen patientfokuserad med respekt för patientens integritet?		<p>Journalföring sker med respekt för patientens integritet. Patientfokus är lågt generellt. Sällan det framkommer vad personen själv upplever kring sin situation eller sin behandling. HSL-personal och omvårdnadspersonal diskuterar, planerar och utvärderar stor del av vården utan att involvera personen det berör.</p> <p>Stundtals svårt att avgöra om SSK fysiskt träffat personen eller om det är info som kommer från omvårdnadspersonal eller annan. Reflektion av u.t. är att det ter sig som att SSK sällan träffar patienter fysiskt. Antingen görs det sällan eller så är det otydligt i dokumentation.</p>

Finns viktig information dokumenterad under Observera?	tex, palliativ vård, VILS, pacemaker och typ, diabetes, Waran, DOAK mm.	Finns viktig information dokumenterad under observera i 35% (9/26) av journalerna. Har identifierat information i 42% (11/26) av journalerna som borde varit dokumenterat under sökordet Observera men som enbart är skrivet löpande i journalen på andra ställen.
Finns det planer på aktuella begränsningsåtgärder	Tex bälte, rörelse/golv larm, sänggrind, GPS-klocka	Av samtliga journaler förekommer, vad man kan läsa sig till i hela journalen, begränsningsåtgärder i 42% (11/26) av fallen. 54% (6/11) av de som har begränsningsåtgärder har en aktuell plan gällande detta.
Dokumentation ang vilka begränsningsåtgärder under begränsningsåtgärder		54% (6/11) av de journaler där begränsningsåtgärd förekommer finns dokumentation gällande detta under begränsningsåtgärder.
Finns notering i planer om att information om vård /behandling lämnats till patienten/anhöriga? Egenvård		54% (14/26) av journalerna har dokumenterat gällande att info har getts till anhöriga.
Finns dokument från annan vårdgivare inscannade?	Tex SIP, intyg, omvårdnad sepikris	Någon form av inskannat dokument från annan vårdgivare finns i 100% (26/26) av journalerna.
Finns pågående vård från andra vårdgivare dokumenterat under pågående vård?	Tex psyk, regelbundna blodtransfusioner, medicinmottagning, ger rehab mottagning, medicinsk fotvård, tandläkare.	54% (6/26) av journalerna har dokumentation gällande pågående eller tidigare pågående vård. Ofta dokumenteras enstaka besök på sjukhus.
Är teamträffar dokumenterade under teamträff?		Teamträffar är dokumenterat under sökordet teamträff i 58% (14/26) av journalerna. Frekvensen av dokumenterade teamträffar är väldigt låg i förhållande till vad rutinen för teamträffar i kommunen säger.
Finns patientens önskemål i medicinsk vårdplan i plan för palliativ vård?		38% (10/26) av patientjournalerna har en palliativ vårdplan. Av de journaler som har en palliativ vårdplan framkommer patientens önskemål i 20% (2/10) av fallen.

Är löpande dokumentation skriven under rätt sökord i trädet?		<p>Nej. Man dokumenterar sällan i löpande text i sökordsträdet. Gör man det så används nästintill alltid sökordet "Analys" för att skriva allt, såsom en statustagning, bedömning och åtgärd.</p> <p>Man dokumenterar i stället nästan allt i planer.</p> <p>Nya ordinationer kan skrivas under uppföljning i planer.</p>
Finns uppföljning i plan från omvårdnadspersonal?		<p>Samtliga patientjournaler har planer där omvårdnadspersonal har gjort uppföljningar på ett korrekt sätt.</p>
Är befintliga planer aktuella?	<p>antal aktuella, uppföljda, fler av samma karaktär?</p>	<p>100% (26/26) av journalerna har planer. Sammanlagt finns 243 planer i de 26 granskade journalerna, vilket ger ett genomsnitt på 9,3 planer per patient/journal.</p> <p>79%(192/243) av samtliga planer bedöms vara aktuella, dvs det finns en åtgärd i planen. Resterande planer har enbart bedömning/problem och mål men saknar åtgärd. 63% (153/243) av samtliga planer är uppföljda av SSK. 0,4% (1/243) av planerna har dokumenterat utförd åtgärd. Inte nödvändigtvis att man dokumenterat utförd åtgärd på varje genomförd åtgärd, men vissa. 3% av samtliga planer är dubletter, de berör samma problematik.</p> <p>Saknas konsensus kring vart man dokumenterar om det sker läkemedelsjusteringar gällande exempelvis ett smärttillstånd då det finns en plan gällande <i>läkemedelshantering</i> och en plan gällande <i>smärttillståndet</i>.</p> <p>Planer såsom läkemedelshantering är ofta väldigt långa och har många åtgärder som är avslutade. Förekommer aldrig att man "gömt" de avslutade sökorden, vilket skulle göra planerna mer lättöverskådliga.</p> <p>Man använder sällan standardiserade utvärderingsinstrument. Har vid ett tillfälle sett att man använt NEWS. Hur utvärderar man smärta och effekt av smärtlindring? I dagsläget går man ofta på vad omvårdnadspersonal säger och deras upplevelse gällande om personen har mer eller mindre ont idag jämfört med igår.</p>

		Framkommer inte alltid i planerna info kring hur ofta man ska genomföra en åtgärd exempelvis ta blodtryck. Troligt att sådan information finns dokumenterat i APPVA och inte i planer. Troligt att det då finns info i APPVA som inte finns i journalsystemet.
Används rätt plan namn?		58% (141/243st) av samtliga planer bedöms ha rätt plan namn.
Finns ordinationer och ordinationsorsak?		Det är alltid tydligt när det är en ordination, inte alltid tydligt vilken ordinationsorsaken är.
Finns vitalparameterar dokumenterade under mätvärden?		100% (26/26) av patientjournalerna har någon eller några vitalparameterar dokumenterade. Är väldigt stor spridning på hur ofta man dokumenterar på detta ställe.
Senast kontakt med leg. personal		SSK: senaste kontakt i de 26 patientjournalerna har genomförts under perioden 220915–221027. (Granskningen avslutades 221102)
Finns uppgifter om att patient beslutat av att avstå från viss vård eller behandling?		Finns dokumenterat i 23% (6/26) av journalerna.
Tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras		Finns angivet i 100% av journalerna. Datum för varje vårdkontakt ges automatiskt när man skriver en journalanteckning.

Sammanställning sjuksköterskejournals Hemsjukvården, 21 patientjournals

Område	Förklaring	Resultat, kommentarer
Finns en entydig identifikation av den berörda patienten?		Ja, entydig identifikation av patienten finns i 100% av fallen.

Finns namngiven sjuksköterska samt kontaktuppgifter till dessa angiven under referenspersoner		SSK finns angivet i 10% (2/21) av journalerna, uppgifterna stämmer dock inte då den SSK slutat.
Finns ansvarig vårdcentral namngiven, samt kontaktuppgifter till dessa angiven under referenspersoner?		Finns angivet i 10% (2/21) av journalerna.
Finns kända överkänsligheter inskrivna på rätt ställe?		Finns angivet i 5% (1/21) av journalerna.
Finns känd smitta angiven på rätt ställe?		Finns angivet i 0% (0/21) av journalerna.
Finns verifierade medicinska diagnoser inskrivna under medicinska diagnoser?		48% (10/21) av journalerna har en eller flera diagnoser angivna på detta ställe. Av samtliga diagnoser som är angivna är 74% verifierade.
Finns hälsoproblem uttalade av patienten inskrivna under personfaktorer?		Finns angivet i 29% (6/21) av journalerna, är då angivet av fysioterapeut/sjukgymnast samtliga gånger.
Finns samtycken registrerade för informationsöverföring, NPÖ, begränsningsåtgärd mm?		<ul style="list-style-type: none"> • 14% (3/21) har givit samtycke till enbart NPÖ. • 33% (7/21) har givit samtycke till NPÖ och läkemedelsförteckning i NPÖ • 48% (10/21) har givit samtycke gällande informationsöverföring till närstående • 57% (12/21) har givit samtycke gällande informationsöverföring till annan vårdgivare • 0% har givit samtycke till kvalitetsregister • 0% har givit samtycke till begränsningsåtgärd såsom grind på säng och rörelsevakt. • 43% (9/21) av journalerna saknar helt någon form av registrerat samtycke.
Finns närstående /referenspersoner med kontaktuppgifter inskrivna på personkort?		Finns angivet i 90% (19/21) av journalerna.
Information från anhöriga om kontakt när på dygnet i personkortet		Finns angivet i 0% (0/21) av journalerna.
Finns planer ang risker efter riskbedömningar i Senior alert?		10% (2/21) har en plan gällande risk för fall, i 0% (0/2) av fallen har man gjort en riskbedömning enligt senior alert. 0% (0/21) har en plan gällande risk för undernäring. 5% (1/21) har en plan gällande risk för trycksår, i 0% (0/1) av fallen har man gjort riskbedömning enligt senior alert. 0% (0/21) har en plan gällande risk för ohälsa i munnen.
Finns det dokumenterat att kvalitetsregistrering är utförd under kvalitetsregister?		0% (0/21) av journalerna har kvalitetsregister använts.
Finns beslut av läkare och plan vid övertagande av ansvar för läkemedelshandlingen?		I 62% (13/21) av journalerna finns ett läkemedelsövertag. Av dessa journaler finns det i 85% (11/13) av fallen dokumenterat att läkare tagit beslut om övertag, resterade 15% (2/13) finns enbart en plan.

Finns dokumentation om eget läkemedelsansvar?		Av de journaler där det inte finns ett läkemedelsövertag saknas tydlig dokumentation att patienten har eget läkemedelsansvar. Några av journalerna saknade planer helt.
Finns dokumentation under vårdplanering då sådan utförts?		Finns dokumenterat i 24% (5/21) av journalerna, dock endast 5% (1/21) av samtliga journaler där VPL genomförts i hemmet. Resterande fall har VPL genomförts på kortvården eller i samband med utskrivning från sjukhus.
Är dokumentationen patientfokuserad med respekt för patientens integritet?		Ja. Är stundtals synligt patientfokus. Framkommer vissa gånger att man pratat med personen själv gällande planering, utförande och utvärdering av sin vård. Man kan beskriva att patienten är nöjd med sin behandling. Andra fall framkommer inte patients upplevelse eller önskan, vissa journaler har väldigt få anteckningar pga att det är en ny patient eller att man har ett avgränsat uppdrag.
Finns viktig information dokumenterad under Observera?	tex, palliativ vård, VILS, pacemaker och typ, diabetes, Waran, DOAK mm.	Finns viktig information dokumenterad under observera i 5% (1/21) av journalerna, (av SSK på kortvården)
Finns det planer på aktuella begränsningsåtgärder	Tex bälte, rörelse/golv larm, sänggrind, GPS-klocka	0% har begränsningsåtgärder enligt journal.
Dokumentation ang vilka begränsningsåtgärder under begränsningsåtgärder		Ej aktuellt.
Finns notering i planer om att information om vård /behandling lämnats till patienten/anhöriga? Egenvård		29% (6/21) av journalerna har dokumentation gällande att info lämnats till patient/anhörig eller egenvård.
Finns dokument från annan vårdgivare inscannade?	Tex SIP, intyg, omvårdnad sepikris	Någon form av inscannat dokument från annan vårdgivare finns i 95% (20/21) av journalerna.
Finns pågående vård från andra vårdgivare dokumenterat under pågående vård?	Tex psyk, regelbundna blodtransfusioner, medicinmot tagning, ger rehab mottagning, medicinsk fotvård, tandläkare.	14% (3/21) av journalerna har dokumentation gällande pågående vård från andra vårdgivare. Identifierat att 10% (2/21) av journalerna borde ha information skrivet under detta sökord då info gällande detta går att läsa i resterande journal.

Är teamträffar dokumenterade under teamträff?		5% (1/21) av journalerna har dokumentation under sökordet teamträff. Går ej att läsa sig till att fler tematräffar än så genomförts.
Finns patientens önskemål i medicinsk vårdplan i plan för palliativ vård?		Endast 5% (1/21) av journalerna som har en palliativ plan, i den planen finns patients önskemål angivet.
Är löpande dokumentation skriven under rätt sökord i trädet?		Dokumenterar mest i planer men förekommer att man skriver i löpande text. Använder oftast rätt sökord att skriva under då. Förekommer ibland att man använder sökordet <i>analys</i> för att beskriva hela situationer. Förekommer även att man använder sökordet <i>kommunikation</i> för att beskriva samtal som skett mellan SSK och annan vårdpersonal, handlar alltså inte om patientens kommunikationsförmåga utan mer samordning kring vården.
Finns uppföljning i plan från omvårdnadspersonal?		Många av planerna har inte åtgärder fördelade till hemtjänsten utan handlar om att SSK själva gör åtgärderna. Men i de fall åtgärd är fördelad finns uppföljning av personal. Saknas i några få planer men de är nyligen uppstartade. Går dock att läsa sig till att hemtjänstpersonal ofta ringer SSK och delger info varpå SSK åker på besök. Informationen som hemtjänsten förmedlat finns inte dokumenterat av dem själva i HSL-journalen utan är dokumenterat av SSK.
Är befintliga planer aktuella?	antal aktuella, uppföljda, fler av samma karaktär?	<p>Sammanlagt finns 40 planer skrivna an sjuksköterskor i de 21 granskade journalerna, detta ger ett genomsnitt på 1,9 SSK-plan/patientjournal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 86% (18/21) av journalerna har SSK planer. • 85% (34/40) av samtliga planer bedöms vara aktuella, dvs det finns en åtgärd i planen. Resterande planer har enbart bedömning/problem och mål men saknar åtgärd. • 75% (30/40) av samtliga planer är uppföljda av SSK. • 60% (24/40) av planerna har dokumenterat utförd åtgärd. Inte nödvändigtvis att man dokumenterat utförd åtgärd på varje genomförd åtgärd, men vissa. • 10% (4/40) av samtliga planer bedöms vara dubletter. <p>En hel del åtgärder är inte fördelade till enhet.</p> <p>Ej sett att man använder standardiserade bedömningsinstrument.</p> <p>Förekommit i något fall att man i planen skrivit att personen önskar skrivas ut från hemsjukvården. Efter detta har SSK varit på hembesök.</p>
Används rätt plan namn?		58% (23/40) av samtliga planer bedöms ha rätt plan namn.

Finns ordinationer och ordinationsorsak?		Ordination och ordinationsorsak finns i 95% (17/18) av de journaler där det finns planer. Ibland otydligt med intervall på åtgärd som ska genomföras.
Finns vitalparameterar dokumenterade under mätvärden?		24% (5/21) av journalerna har någon eller några vitalparametrar dokumenterade.
Senast kontakt med leg. personal		SSK: senaste kontakt har varit under perioden 220927-221208 (Granskning avslutades 221209)
Finns uppgifter om att patient beslutat av att avstå från viss vård eller behandling?		Finns dokumenterat i 5% (1/21) av journalerna.
Tidpunkten för varje vårdkontakt som patienten har haft eller som planeras		Finns angivet i 100% (21/21) av journalerna. Datum för varje vårdkontakt ges automatiskt när man skriver en journalanteckning.

Sammanställning sjukgymnast/fysioterapeutjournaler särskilt boende, 26 patientjournaler

Område	Förklaring	Resultat, kommentarer
Är dokumentationen patientfokuserad med respekt för patientens integritet?		Patientens syn och åsikt framkommer ibland. Sällan att det framkommer om man satt mål tillsammans med patienten.
Är löpande dokumentation skriven under rätt sökord i trädet?		I stort sett genomgående används sökordsträdet till att dokumentera status och planer används till att dokumentera åtgärder. Man använder nästintill alltid rätt sökord.
Finns uppföljning i plan från omvårdnadspersonal?		Finns i 3% (1/38) av planerna.
Är befintliga planer aktuella?	antal aktuella, uppföljda, fler av	Finns sammanlagt 38st. SG/FT planer, vilket ger ett genomsnitt på 1,5 plan/patientjournal.

	samma karaktär?	<ul style="list-style-type: none"> • 81% (21/26) av journalerna har planer av FT/SG. • 89% (34/38) av samtliga SG/FT planer är aktuella, dvs. det finns en åtgärd. • 66% (25/38) är uppföljda av FT. • 34% (13/38) av planerna har dokumenterat utförd åtgärd (inte nödvändigtvis samtliga åtgärder men vissa.) <p>Förekommer inga dubletter av planer.</p> <p>Förekommer att åtgärder inte har fördelats till enhet.</p>
Används rätt plan namn?		Rätt plan namn används i 100% (38/38) av fallen.

Sammanställning arbetsterapeutjournaler särskilt boende, 26 patientjournaler

Område	Förklaring	Resultat, kommentarer
Är dokumentationen patientfokuserad med respekt för patientens integritet?		Patientens syn och åsikt framkommer ibland. Sällan att det framkommer om man satt mål tillsammans med patienten.
Är löpande dokumentation skriven under rätt sökord i trädet?		I stort sett genomgående används sökordsträdet till att dokumentera status och planer används till att dokumentera åtgärder. Man använder nästintill alltid rätt sökord.
Finns uppföljning i plan från omvårdnadspersonal?		Finns i 2% (1/46) av planerna.
Är befintliga planer aktuella?	antal aktuella, uppföljda, fler av samma karaktär?	Finns sammanlagt 46st. AT planer, vilket ger ett genomsnitt på 1,8 AT-plan/patientjournal.

		<ul style="list-style-type: none"> • 88% (23/26) av journalerna har planer av arbetsterapeut. • 96% (44/46) av samtliga AT planerna är aktuella, dvs. det finns en åtgärd. • 28% (13/46) av planerna är uppföljda av AT. • 46% (21/46) av planerna har dokumenterat utförd åtgärd (inte nödvändigtvis samtliga åtgärder men vissa.) <p>Förekommer inga dubletter av planer.</p>
Används rätt plan namn?		Rätt plan namn används i 100% (46/46) av fallen.

Sammanställning sjukgymnast/fysioterapeutjournaler hemsjukvården, 21 patientjournaler

Område	Förklaring	Resultat, kommentarer
Är dokumentationen patientfokuserad med respekt för patientens integritet?		Patientens syn och åsikt framkommer ibland. Sällan att det framkommer om man satt mål tillsammans med patienten.
Är löpande dokumentation skriven under rätt sökord i trädet?		I stort sett genomgående används sökordsträdet till att dokumentera status och planer används till att dokumentera åtgärder. Man använder nästintill alltid rätt sökord.
Finns uppföljning i plan från omvårdnadspersonal?		Finns i 7% av planerna.
Är befintliga planer aktuella?	antal aktuella, uppföljda, fler av samma karaktär?	<p>Finns sammanlagt 44st SG/FT planer, vilket ger ett genomsnitt på 2,1 SG/FT plan/patientjournal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90% (19/21) av journalerna har planer av FT. • 95% (42/44) av samtliga SG/FT planer är aktuella, dvs. det finns en åtgärd.

		<ul style="list-style-type: none"> • 79% (35/44) av planerna är uppföljda av FT. • 57% (25/44) av planerna har dokumenterat utförd åtgärd (inte nödvändigtvis samtliga åtgärder men vissa.) • 2% (1/44) av planerna är dubbletter. <p>Förekommer att åtgärder inte har fördelats till enhet.</p>
Används rätt plan namn?		Rätt plan namn används i 95% (42/44) av fallen.
Uppfylls kriterierna för inskrivning i hemsjukvård?		62% (13/21) av de granskade journalerna bedöms uppfylla kriterierna för hemsjukvård. Resterande 38% (8/21) ligger således felaktigt fördelat i hemsjukvårdsspalten i journalsystemet och bör antingen ligga under HSL hembesök eller avslutas helt.

Sammanställning arbetsterapeutjournaler Hemsjukvården, 21 patientjournaler

Område	Förklaring	Resultat, kommentarer
Är dokumentationen patientfokuserad med respekt för patientens integritet?		Patientens syn och åsikt framkommer ibland. Sällan att det framkommer om man satt mål tillsammans med patienten.
Är löpande dokumentation skriven under rätt sökord i trädet?		I stort sett genomgående används sökordsträdet till att dokumentera status och planer används till att dokumentera åtgärder. Man använder nästintill alltid rätt sökord.
Finns uppföljning i plan från omvårdnadspersonal?		Finns i 0% av planerna.
Är befintliga planer aktuella?	antal aktuella, uppföljda, fler av samma karaktär?	<p>Finns sammanlagt 59st. AT planer, vilket ger ett genomsnitt på 2,8 AT-planer/patientjournal.</p> <p>81% (17/21) av journalerna har planer av AT.</p> <p>95% (56/59) av samtliga AT planer är aktuella, dvs. det finns en åtgärd.</p> <p>58% (34/59) är uppföljda av AT.</p>

		56% (33/59) av planerna har dokumenterat utförd åtgärd (inte nödvändigtvis samtliga åtgärder men vissa.) Förekommer inga dubletter av planer.
Används rätt plan namn?		Rätt plan namn används i 93% (55/59) av fallen.
Uppfylls kriterierna för inskrivning i hemsjukvård?		29% (6/21) av de granskade journalerna bedöms uppfylla kriterierna för hemsjukvård. Resterande 71% (15/21) ligger således felaktigt fördelat i hemsjukvårdsspalten i journalsystemet och bör antingen ligga under HSL hembesök eller avslutas helt.

Jämförelse vårdplaner – Hemsjukvården

Område	Sjuksköterska (SSK)	Arbetsterapeut (AT)	Fysioterapeut/sjukgymnast (FT/SG)
Finns uppföljning i plan från omvårdnadspersonal?	Finns i 100 % av journaler (varierande kontinuitet.)	Finns i 0% av journalerna.	Finns i 7 % av journalerna.
Andel som har planer.	86 % av journalerna har planer av SSK. Sammanlagt finns 40 planer vilket ger ett genomsnitt på 1,9 planer/patientjournal.	81 % av journalerna har planer av AT. Sammanlagt finns 59 planer vilket ger ett genomsnitt på 2,8 planer/patientjournal.	90 % av journalerna har planer av FT. Sammanlagt finns 44 planer vilket ger ett genomsnitt på 2,1 planer/patientjournal.

Är befintliga planer aktuella?	85 % av samtliga SSK planer bedöms vara aktuella, dvs det finns en åtgärd i planen.	95 % av samtliga AT planer bedöms vara aktuella, dvs. det finns en åtgärd.	95 % av samtliga SG/FT planer bedöms vara aktuella, dvs. det finns en åtgärd.
Finns uppföljning i plan av respektive profession?	85 % av samtliga planer är uppföljda av SSK.	58 % av samtliga planer är uppföljda av AT.	79 % av samtliga planer är uppföljda av FT.
Finns dubletter av planer?	10 % av planerna är dubletter, de berör samma problematik.	0,3 % av planerna är dubletter.	2 % av planerna är dubletter.
Finns utförd åtgärd dokumenterad?	60 % av planerna har dokumenterat utförd åtgärd. Inte nödvändigtvis att man dokumenterat utförd åtgärd på varje genomförd åtgärd, men vissa.	56 % av planerna har dokumenterat utförd åtgärd. Inte nödvändigtvis att man dokumenterat utförd åtgärd på varje genomförd åtgärd, men vissa.	57 % av planerna har dokumenterat utförd åtgärd. Inte nödvändigtvis att man dokumenterat utförd åtgärd på varje genomförd åtgärd, men vissa.
Används rätt plan namn?	58 % av samtliga planer bedöms ha rätt plan namn.	93 % av samtliga planer bedöms ha rätt plan namn.	95 % av samtliga planer bedöms ha rätt plan namn.

Jämförelse vårdplaner – särskilt boende

Område	Sjuksköterska (SSK)	Arbetsterapeut (AT)	Fysioterapeut/sjukgymnast (FT/SG)
Finns uppföljning i plan från omvårdnadspersonal?	Finns i 100 % av journaler (varierande kontinuitet.)	Finns i 2% av journalerna.	Finns i 3 % av journalerna.
Andel som har planer.	100 % av journalerna har planer av SSK. Sammanlagt finns 243 planer vilket ger ett	88 % av journalerna har planer av AT. Sammanlagt finns 46 planer vilket ger ett	81 % av journalerna har planer av FT. Sammanlagt finns 38 planer vilket ger ett

	genomsnitt på 9,3 planer/patientjournal.	genomsnitt på 1,8 planer/patientjournal.	genomsnitt på 1,5 planer/patientjournal.
Är befintliga planer aktuella?	79 % av samtliga SSK planer bedöms vara aktuella, dvs det finns en åtgärd i planen.	96 % av samtliga AT planer bedöms vara aktuella, dvs. det finns en åtgärd.	89 % av samtliga SG/FT planer bedöms vara aktuella, dvs. det finns en åtgärd.
Finns uppföljning i plan av respektive profession?	63 % av samtliga planer är uppföljda av SSK.	28 % av samtliga planer är uppföljda av AT.	66 % av samtliga planer är uppföljda av FT.
Finns dubletter av planer?	3 % av planerna är dubletter, de berör samma problematik.	0 % av planerna är dubletter.	0 % av planerna är dubletter.
Finns utförd åtgärd dokumenterad?	0,4 % av planerna har dokumenterat utförd åtgärd	46 % av planerna har dokumenterat utförd åtgärd (inte nödvändigtvis samtliga åtgärder men vissa.)	34 % av planerna har dokumenterat utförd åtgärd (inte nödvändigtvis samtliga åtgärder men vissa.)
Används rätt plan namn?	58 % av samtliga planer bedöms ha rätt plan namn.	100 % av samtliga planer bedöms ha rätt plan namn.	100 % av samtliga planer bedöms ha rätt plan namn.

Analys

Granskningen påvisar ett flertal övergripande brister i journalföring rörande samtliga tre professioner.

Ett sådant område rör samtycke. Det är en stor andel av journalerna som saknar dokumenterat samtycke gällande informationsöverföring mellan vårdgivare och till närstående. Stor del saknar även samtycke gällande deltagande i kvalitetsregister samt NPÖ (nationell patientöversikt).

Ett annat område som har brister generellt inom samtliga tre professioner är användandet av standardiserade bedömnings/ och utvärderingsinstrument. Det förekommer i liten utsträckning att standardiserade bedömnings/ och utvärderingsinstrument används i vården för att exempelvis bedöma och utvärdera smärta. Detta är särskilt att beakta i de fall då personen själv på grund av kognitiv påverkan inte kan uttrycka sig i frågan.

Bristande personcentrering är genomgående i samtliga journaler. Mycket av den vård som planeras, genomförs och utvärderas sker enligt journalerna i samråd mellan vårdens medarbetare. Det framkommer sällan att personen det gäller, utifrån sina förutsättningar är delaktig i processen. Den vård som ges är av god kvalitet men den sker ofta "över huvudet" på personen i fråga.

Specifika brister kopplat till respektive profession redovisas nedan.

Arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut

- Kortvården
Det förefaller inte finnas någon rutin gällande hur snabbt man träffar patienter efter ankomst till kortvården och vad man gör vid ett första besök. Ibland sker besök samma dag som ankomst till kortvården, ibland går det 20 arbetsdagar och ibland träffar personal från rehab dem inte alls. Vidare kan det vara otydligt vad målet med insatserna är samt att det ibland utifrån personens mål/behov bedöms saknas relevanta åtgärder.
- Särskilt boende
Ett första besök hos personer som flyttat in på särskilt boende kan dröja eller helt utebli samt att innehållet i ett första besök kan variera.
- Hemsjukvården
Vad gäller hemsjukvården har granskningen visat att en stor del av personerna som är inskriva in hemsjukvård av arbetsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast ej uppfyller kriterierna. Det har inte funnits någon tydlig struktur kring vilka patienter som skrivs in i hemsjukvård och vilka man träffar under en kortare avgränsad period, och därmed går under enstaka hembesök. Det är ofta otydligt vad målet med insatserna är samt hur och när utvärdering ska ske. Detta resultera ofta i att ärenden behålls under lång tid och även ibland rinner ut i sanden utan uppföljning.

Sjuksköterska särskilt boende

Det förekommer ett stort antal vårdplaner hos de personer som bor på särskilt boende. Den stora mängden vårdplaner kan till viss del förklaras av att personerna som bor på särskilt boende har ett stort vårdbehov. Granskningen visar samtidigt att en stor del av planerna inte är aktuella eller att det finns dubletter av vårdplaner. Vårdplanerna är ofta väldigt omfattande med många avslutade åtgärder varpå det är svårt att få en överblick.

Vad gäller arbetet med vårdplaner saknas dokumentation gällande utförd åtgärd i nästintill samtliga fall.

Det är stor variation gällande hur och var man väljer att journalföra rörande om man väljer att skriva i befintliga vårdplaner eller i sökordsträdet.

Sjuksköterska hemsjukvård

Av de personer som är inskrivna i hemsjukvård av SSK saknas någon form av vårdplan i 14 % av fallen. Detta visar på att arbetet med in- och utskrivning i hemsjukvården ej sker optimalt. Det är generellt svårt att få en överblick över vilken/vilka anledningarna är till att personen är inskriven i hemsjukvården. Det saknas även info om från vilket datum personen skrivs in i hemsjukvård samt planering och uppföljning av vården framöver.

Det är låg andel som har en OAS, omvårdnadsansvarig sjuksköterska namngiven i journalen, Likaså saknas till stor del uppgift om vilken vårdcentral personen i fråga tillhör.

5. Förslag på åtgärder gemensamt för samtliga HSL professioner

- Regelbundet återkommande workshops kring journalföring gemensamt men även specifikt för respektive profession.
- Fortsatt arbete kring personcentrering och vad det innebär för respektive profession enskilt men även i teamsamverkan.
- Ett mer aktivt och strukturerat arbete med in- och utskrivning ur hemsjukvården enligt de kriterier som finns.

Åtgärder kopplat till arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut

- Klargörande vad det innebär att vara rehabiliteringsansvarig inom kortvården, särskilt boende och hemsjukvården.

Lokal processledare Nära Vård

Karolin Jansson

221213

Oxelösunds kommun
Vård- och omsorgsnämnden
613 81 Oxelösund

Vårdgivare och huvudman

Oxelösunds kommun

Ärendet

Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO) som drivs av 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 livets slutskede

Beslut

IVO bedömer att nämndens redovisning efter myndighetens beslut den 1 februari 2023, i aktuellt ärende inte är tillräcklig inom följande områden:

- delegering
- genomförande av brytpunktssamtal
- att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare

IVO bedömer även att det delvis saknas uppgifter om när och hur effekten av nämndens redovisade åtgärder kommer att följas upp.

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

- Vilka åtgärder nämnden vidtagit utifrån konstaterade brister där IVO:s bedömning är att det saknas redovisade åtgärder.
- Hur nämnden säkerställer att åtgärder som redan hade vidtagits när inspektionen genomfördes avhjälper de påtalade bristerna.

- IVO begär dessutom att nämnden redovisar vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende:
 - delegering
 - genomförande av brytpunktssamtal
 - att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare
 - vård och omsorgspersonalens kompetens
 - vård- och omsorgspersonalens brister i svenska språket
 - läkartillgång/läkarmedverkan
 - dokumentation
 - kontinuitet
 - tillgång till information vid vård i livets slutskede

Redovisningen ska komma in till IVO **senast den 1 mars 2024**.

Om begärd redovisning inte kommer in inom angiven tid kan IVO komma att fatta beslut om föreläggande med eller utan vite att inkomma med de uppgifter som IVO begärt.

Skälen för beslutet

IVO bedömer att det saknas redovisade åtgärder som är kopplade till de brister som framgår av IVO:s beslut. Vidare finner IVO att det delvis saknas uppgifter om när och hur effekten av nämndens redovisade åtgärder kommer att följas upp samt att vissa redovisade åtgärder vidtagits innan IVO:s inspektion.

Avsaknad av redovisade åtgärder

IVO konstaterar att nämnden inte redovisat några åtgärder inom området att sjuksköterska påbörjar palliativ läkemedelsbehandling vid vård i livets slutskede utan förnyad kontakt med läkare.

IVO konstaterar att nämnden inte redovisat tillräckliga åtgärder inom områdena delegering och genomförande av brytpunktssamtal.

Av IVO:s beslut framgår att det i journalen inte går att utläsa om brytpunktssamtal genomförts. Vidare framgår av underlaget i beslutet att inte alla patienter erbjuds ett brytpunktssamtal. IVO bedömer att de åtgärder som nämnden redovisat inte anger hur nämnden ska säkerställa att alla patienter erbjuds ett brytpunktssamtal. I fråga om delegering framgår av IVO:s beslut att vård- och omsorgspersonal inte alltid utför delegerade insatser på ett patientsäkert sätt och att det förekommer avvikelser varav de flesta gäller medicinhantering, t.ex. att signering inte utförs. IVO bedömer att de åtgärder som nämnden redovisat inte anger hur nämnden ska säkerställa att personal följer rutiner för delegering.

Som vårdgivare ansvarar nämnden enligt 5 kap. 1 § HSL för att verksamheten bedrivs så att kraven på 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. 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.

IVO begär därför att nämnden redovisar vilka åtgärder som vidtagits utifrån de konstaterade bristerna där IVO:s bedömning är att det helt eller delvis saknas redovisade åtgärder samt effekterna av densamma.

Begäran om redovisning av effekter av åtgärder

IVO konstaterar att de åtgärder som nämnden redovisat när det gäller vård- och omsorgspersonalens kompetens och brister i svenska språket delvis vidtagits innan IVO:s inspektion. Vid inspektionen konstaterade IVO att det fanns brister inom områdena trots att åtgärder redan vidtagits.

IVO bedömer att nämnden behöver säkerställa att de åtgärder som vidtas får avsedd effekt. Att kontrollera effekterna av insatta åtgärder för att komma tillrätta med bristerna ingår som egenkontroll i det systematiska förbättringsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

IVO begär därför att nämnden redovisar vilka effekter som nämnden i sin egenkontroll konstaterat utifrån de åtgärder som vidtagits avseende samtliga konstaterade brister.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivare planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, upprätthålls. Vidare ska vårdgivaren upprätta ett för verksamheten anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Ledningssystemet, inklusive aktiviteter som avvikelshantering och egenkontroll, ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet vilket framgår av 5 kap. 4 § HSL och 3 kap. 1 och 2 §§ samt 5 kap. 2 och 3a §§ SOSFS 2011:9.

Beslut i detta ärende har fattats av enhetschefen Lennart Pettersson. I den slutliga handläggningen har inspektörerna Gunilla Wivast och Jenny Morsäter deltagit. Inspektören Pernilla Hedin har varit föredragande.

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



Datum
2024-02-09

OXL2
00
v. 1.0
2012-
06-07

Social- och omsorgsförvaltningen
Carina Ceder

Vård- och omsorgsnämnden

Förslag till Riktlinjer för par- och medboende i särskilt boende

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut är:

Vård- och omsorgsnämnden föreslås besluta

Att anta Riktlinjer för par- och medboende i särskilt boende

Sammanfattning

En ändring i socialtjänstlagen (SoL) i enlighet med propositionen 2011/12:147 "Rätten att åldras tillsammans" trädde i kraft 2012-11-01. Ändringen innebär att det i skälig levnadsnivå för den som beviljas särskilt boende ingår att kunna sammanbo med make/sambo i det särskilda boendet. Detta gäller oavsett om den andre maken/sambon själv har biståndsbeslut om särskilt boende eller inte. Förutsättningarna är att makarna/samborna har varaktigt levt tillsammans och att de vill fortsätta bo tillsammans.

Under 2013 gav Socialstyrelsen tillsammans med Boverket ut vägledningen "Rätten att fortsätta bo tillsammans i ett äldreboende. Vägledning för tillämpning av socialtjänst- och hyreslagstiftning". Sveriges kommuner och regioner (SKR) har också gett ut ett cirkulär som en vägledning för kommunerna, "Utvidgad parboendegaranti" (cirkulär 12:51).

Syftet med ändringen i SoL är att makar eller sambopar som delat ett långt liv tillsammans och sammanbott ska kunna fortsätta att göra det även när deras behov av insatser skiljer sig åt. De ska beredas möjlighet till fortsatt sammanboende om de uppfyller villkoren i lagen.

Riktlinjerna gäller inom särskilt boende för äldre enligt 5 kap 5 § SoL. Riktlinjerna gäller i de fall då endast den ena parten har behov av och beviljats bistånd till särskilt boende. Förslaget utgår från Socialstyrelsens och Boverkets vägledning samt SKR:s cirkulär.

Datum
2024-02-09

Beslutsunderlag

Riktlinjer för par- och medboende i särskilt boende

Förvaltningschef

Katarina Haddon

Handläggare

Carina Ceder

Beslut till:

Niklas Thelin (FK).



Oxelösund

Riktlinjer för par- och medboende i särskilt boende



Dokumenttyp Riktlinjer	Fastställd av Vård- och omsorgsnämnden	Beslutsdatum 2024-02-28	Reviderat
Dokumentansvarig Katarina Haddon		Förvaring	Dnr
Dokumentinformation			

Innehåll

Riktlinjer för par- och medboende i särskilt boende.....	3
Bakgrund.....	3
Syfte.....	3
Tillämpningsområde.....	3
Definitioner.....	4
Lagstiftning.....	4
Socialtjänstlagen (SoL).....	4
Hälsa- och sjukvårdslagen (HSL).....	5
Befogenhetslagen.....	5
2 kap 7 – 8 §§ befogenhetslagen.....	6
Förutsättningar för medboende.....	6
Varaktigt sammanboende.....	6
Båda parternas vilja.....	7
Ansökan.....	7
Utredning.....	7
Förutsättningar – kriterier.....	7
Personer som har svårt att uttrycka sin vilja.....	8
Beslut om medboende.....	8
Delavslag/avslag.....	9
Överklagan.....	9
Beslutsformuleringar.....	10
Medboende – vad gäller?.....	11
Rättigheter och skyldigheter.....	11
Kvarboende - när någon av parterna avlider.....	11
Verkställighet av medboende.....	12
Boende för medboende.....	12
Ej verkställda beslut.....	13
Lex Sarah.....	13
Sekretess och tystnadsplikt.....	13
Dokumentation.....	13
Avgifter.....	14
Avgiftsberäkning vid beslut om medboende.....	14
Hysesavtal.....	15

Riktlinjer för par- och medboende i särskilt boende

Bakgrund

En ändring i [socialtjänstlagen](#) (SoL) i enlighet med [propositionen 2011/12:147 "Rätten att åldras tillsammans"](#) trädde i kraft 2012-11-01. Ändringen innebär att det i skälig levnadsnivå för den som beviljas särskilt boende ingår att kunna sammanbo med make/sambo i det särskilda boendet. Detta gäller oavsett om den andre maken/sambon själv har biståndsbeslut om särskilt boende eller inte. Förutsättningarna är att makarna/samborna har varaktigt levt tillsammans och att de vill fortsätta bo tillsammans.

Under 2013 gav Socialstyrelsen tillsammans med Boverket ut vägledningen [Rätten att fortsätta bo tillsammans i ett äldreboende. Vägledning för tillämpning av socialtjänst- och hyreslagstiftning](#). Sveriges kommuner och landsting (SKL) har också gett ut ett cirkulär som en vägledning för kommunerna, [Utvidgad parboendegaranti \(cirkulär 12:51\)](#).

Syfte

Syftet med ändringen i socialtjänstlagen är att makar eller sambopar som delat ett långt liv tillsammans och sammanbott ska kunna fortsätta att göra det även när deras behov av insatser skiljer sig åt. De ska beredas möjlighet till fortsatt sammanboende om de uppfyller villkoren i lagen.

Tillämpningsområde

Riktlinjerna gäller inom särskilt boende för äldre enligt 5 kap 5 § socialtjänstlagen. Riktlinjerna gäller i de fall då endast den ena parten har

behov av och beviljas/ beviljats bistånd till särskilt boende. Förslaget utgår från Socialstyrelsens och Boverkets vägledning samt SKL:s cirkulär.

Definitioner

Make och sambo - ordet *make* är könsneutralt och används för både maka och make. Registrerade partners likställs med makar. Med *sambo* avses två personer som stadigvarande bor tillsammans i ett parförhållande.

Parboende - *båda* makarna eller samborna har beslut om särskilt boende.

Rätt till parboende infördes i [socialtjänstförordningen](#) år 2006 (2 kap 2 §).

Medboende - *endast en* av makarna/samborna har beslut om särskilt boende (se 4 kap 1c § SoL). Den make/sambo som inte har beslut om särskilt boende kallas för **medboende**.

Biståndsberättigad den make/sambo som har beslut om särskilt boende.

Lagstiftning

Socialtjänstlagen (SoL)

Den lagliga rätten till parboende gäller äldre personer. Rätten omfattar inte personer med funktionsnedsättning som har beslut om bostad med särskild service enligt socialtjänstlagen eller LSS (lagen om stöd och service till viss funktionshinder).

I 4 kap 1 c § socialtjänstlagen står det:

”För den som har beviljats eller beviljas bistånd i form av boende i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap 5 § SoL, ska det ingå i en skälig levnadsnivå att kunna sammanbo med make eller sambo. Detta gäller under förutsättning att paret varaktigt har sammanbott eller, om den ena parten redan bor i ett sådant boende, att paret dessförinnan varaktigt har sammanbott. Första stycket gäller oavsett om maken eller sambon har behov av boende i särskild boendeform.”

Bistånd i form av rätt till medboende beviljas liksom allt annat bistånd enligt socialtjänstlagen enligt 4 kap 1 § SoL. Bistånd kan inte beviljas enligt 4 kap 1 c § SoL. Denna paragraf förtydligar bara att det ingår i den biståndsberättigades skäliga levnadsnivå att få leva tillsammans med sin make eller sambo i det särskilda boende. Däremot ska det stå med i beslutet att det fattas med stöd av 3 kap 1 c § SoL. Att beslutet fattas med

stöd av 4 kap 1§ SoL är också en förutsättning för att beslutet ska gå att överklaga.

Vad som avses med begreppet sammanbo i det särskilda boendet berörs inte närmare i lagstiftningen. I förarbetena till lagen sägs att det inte kan handla om att bo skilda från varandra på sådant sätt att det kan betraktas som särboende. Men det behöver inte betyda att paret ska bo i samma lägenhet. Sammanbo kan alltså betyda att paret bor i samma rum, lägenhet eller särskilda boende.

Medboende som inte själv är beviljad insatser omfattas inte av avgiftsreglerna i 8 kap SoL. Men bestämmelserna i 8 kap 6 och 7 § SoL ska beaktas.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

I samband med att bestämmelsen om medboende infördes i socialtjänstlagen ändrades hälso- och sjukvårdslagen. Ändringen klargjorde att kommuners hälso- och sjukvårdsansvar *inte* gäller medboende, utan enbart den som har beslut om särskilt boende enligt socialtjänstlagen. Vid behov av hälso- och sjukvård hänvisas medboende till primärvården. Boendets hälso- och sjukvårdspersonal kan däremot hjälpa medboende vid akuta sjukvårdsbehov.

Befogenhetslagen

Den medboende har inte rätt till de insatser enligt socialtjänstlagen som normalt ingår för dem som bor i särskilt boende. Men kommuner kan välja att ge den medboende servicetjänster enligt [lagen om vissa kommunala befogenheter](#), den så kallade **befogenhetslagen**. Syftet med lagen är att ge kommunerna rätt att frångå likabehandlingsprincipen enligt kommunallagen i vissa fall. Enligt kommunallagen får ingen kommuninnevärdare gynnas framför andra. Befogenhetslagen ger kommuner bland annat möjlighet till förebyggande arbete hos äldre utan biståndsprövning.

Kommuner får för servicetjänster enligt befogenhetslagen inte ta ut avgifter enligt 8 kap socialtjänstlagen, eftersom servicetjänsterna inte är biståndsprovade.

Möjligheten att ta ut avgifter för dessa servicetjänster regleras i stället i 2 kap 8 § befogenhetslagen. Där anges att kommunerna får ta ut skäliga avgifter för servicetjänster åt äldre personer på grunder som kommunen bestämmer. Avgifterna får inte överstiga kommunernas självkostnader. En kommun kan enligt förarbetena till befogenhetslagen ([regeringens proposition 2005/06:115](#)) besluta att differentiera avgifterna utifrån den enskildes betalningsförmåga.

2 kap 7 – 8 §§ befogenhetslagen

”7 § Kommuner får utan föregående individuell behovsprövning tillhandahålla servicetjänster åt personer som fyllt 67 år.

Med servicetjänster avses tjänster som är avsedda att förebygga skador, olycksfall eller ohälsa och som inte utgör personlig omvårdnad.

8 § För servicetjänster åt äldre personer får kommuner ta ut skäliga avgifter enligt grunder som kommunerna bestämmer. Avgifterna får dock inte överstiga kommunernas självkostnader.”

För dem som får servicetjänster enligt lagen om vissa kommunala befogenheter gäller [personuppgiftslagen](#) (PUL) och [lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten](#). Det finns ingen dokumentationsskyldighet för insatser enligt dessa lagar.

Förutsättningar för medboende

Varaktigt sammanboende

En förutsättning för att bestämmelsen om medboende ska vara tillämplig är att paret innan flytten till det särskilda boende varaktigt har sammanbott. Om den ena parten redan bor i ett särskilt boende, ska paret dessförinnan ha sammanbott varaktigt.

Det finns ingen tidsgräns för vad som kan räknas som varaktigt sammanboende. Detta får avgöras efter en helhetsbedömning i det enskilda fallet. Det finns olika faktorer som kan vägas in, till exempel om paret har eller har haft en gemensam permanentbostad och ett gemensamt hushåll. Även sådant som gemensam folkbokföringsadress kan påverka bedömningen.

Båda parternas vilja

Det krävs också att båda parter (så långt det går att klarlägga) är överens om att de vill fortsätta bo tillsammans och att båda (så långt det är möjligt) är införstådda med vad detta innebär. Det är viktigt att informera om olika konsekvenser som flytten till särskilt boende innebär, för i första hand den medboende. En viktig förutsättning är att båda parter vill fortsätta bo tillsammans i ett särskilt boende. Är de inte överens om detta ska ansökan avslås.

Biståndshandläggaren har ett särskilt ansvar att ge information till makarna/samborna så att de har goda förutsättningar för att besluta om de vill bo tillsammans i särskilt boende. Informationen ska vara både muntlig och skriftlig. Hyresavtal skrivs endast med den biståndsberättigade i och med att det gäller ett kategoriboende. Både den biståndsberättigade och den medboende får skriva under en ansökan om avstående av besittningsrätt i tio (10) år i den händelse att den biståndsberättigade flyttar ut eller avlider.

Ansökan

Det är den biståndsberättigade maken som ansöker om en medboende i det särskilda boendet. Ansökan kan också göras av legal ställföreträdare (god man eller förvaltare). Den enskilde kan även utse en anhörig eller närstående till sitt ombud genom fullmakt.

Utredning

Utredningen ska utgå från den make/sambo som har behov av särskilt boende, eftersom det är hon eller han som gör ansökan. Utredningen ska fokusera på om förutsättningarna – kriterierna – för rätt till medboende är uppfyllda.

Förutsättningar – kriterier

att paret varaktigt har sammanbott eller, om den ena parten redan bor i ett särskilt boende, att paret dessförinnan varaktigt har sammanbott

att det verkligen är båda parternas vilja att fortsätta bo tillsammans

att det är den biståndsberättigade som ansöker om medboende

Den andra maken/sambons eventuella biståndsbehov spelar alltså ingen roll för prövningen om medboende. Om den medboende maken/sambon

har ett eget biståndsbehov, till exempel behöver hjälp vid dusch, sker en särskild prövning. Den medboende maken/sambon får i så fall ett beslut om hemtjänst som ska verkställas av personal i det särskilda boendet.

Personer som har svårt att uttrycka sin vilja

Dokumentera de omständigheter som utgör underlaget för ställningstagandet av makarnas/sambornas vilja.

Beslut om medboende

Beslut om medboende är i grunden ett biståndsbeslut enligt 4 kap. 1 § SoL. Det prövas med utgångspunkt från vad som ska ingå i en skälig levnadsnivå utöver insatsen bostad i det särskilda boende som han eller hon beviljas eller har beviljats.

Paragrafen 4 kap. 1 c § SoL förtydligar att det ingår i den biståndsberättigades skäliga levnadsnivå att få leva tillsammans med sin make/ sambo i det särskilda boende.

Beslutet om rätt till medboende fattas alltså enligt 4 kap. 1 § SoL. Av beslutet ska framgå att det av 4 kap 1 c § SoL följer att den biståndsberättigade har rätt att sammanbo med namngiven make/sambo i särskilt boende. Att beslutet fattas enligt 4 kap.1 § SoL är även en förutsättning för att den enskilde ska kunna överklaga ett avslagsbeslut

Om kriterierna i 4 kap 1 c § SoL inte är uppfyllda finns ändå möjligheten att efter en individuell prövning bevilja rätt till medboende enligt 4 kap 1 § SoL. Möjligheten bör bara användas om det finns speciella skäl. I dessa fall ska **inte** hänvisning till 4 kap 1 c § SoL finnas med i beslutet.

Det är den biståndsberättigade som ska ansöka om att få ha sin make/sambo som medboende. Men eftersom det inte finns någon begränsning i socialtjänstlagen över vad man kan ansöka om, kan i princip även den andre maken/ sambon ansöka om att få bli medboende. En sådan ansökan ska avslås eftersom kraven i 4 kap 1 c § SoL inte är uppfyllda. Paret ska informeras om att det är den biståndsberättigade maken/sambon som ska göra ansökan.

Om den biståndsberättigade flyttar tillbaka till sin tidigare bostad eller avlider, upphör förutsättningarna för medboende. Därmed upphör beslutet. Detsamma gäller om den medboende maken/sambon flyttar eller avlider. Däremot kvarstår beslutet om särskilt boende för den biståndsberättigade. Om den medboende efter inflyttningen till det särskilda boendet får ett eget biståndsbeslut om särskilt boende upphör också beslutet om medboende att gälla.

Delavslag/avslag

Om den enskilde har rätt till särskilt boende, men inte uppfyller kriterierna i 4 kap. 1 c § SoL för medboende, ska detta framgå av beslutet. Beslutet blir ett delavslag som kan överklagas till förvaltningsrätten. Det ska tydligt framgå av beslutet att särskilt boende beviljas, men medboende avslås. Avslaget motiveras med att rätt till medboende inte ingår i skälig levnadsnivå för den biståndsberättigade, det vill säga kriterierna i 4 kap 1 c § SoL är inte uppfyllda.

Om den biståndsberättigade redan har ett beslut om särskilt boende, men inte uppfyller kriterierna för medboende fattas enbart ett avslagsbeslut om medboende.

Överklagan

Beslutet enligt 4 kap 1 § SoL om att få sammanbo med sin make/sambo i ett särskilt boende kan överklagas till förvaltningsrätten. Enligt förvaltningslagen kan bara den som är part i ärendet överklaga ett beslut. Part i ett ärende om att få sammanbo i ett särskilt boende är endast den biståndsberättigade maken/ sambon.

Den medflyttande maken/sambon kan därför inte överklaga. Det beror på att det är den biståndsberättigade maken/sambon som beviljas rätten att ha sin make/sambo som medboende. Undantaget är om den medflyttande maken/ sambon är ombud genom fullmakt eller god man/förvaltare för den biståndsberättigade maken/sambon.

Beslutsformuleringar

Bifall medboende

Biståndsberättigad make/sambo har inte tidigare beslut om särskilt boende

NN (*biståndsberättigad make/sambo*) beviljas enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen bistånd i form av särskilt boende för service och omvårdnad, då behovet inte kan tillgodoses på annat sätt

NN (*biståndsberättigad make/sambo*) beviljas enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen bistånd i form av rätt att sammanbo med sin make/sambo YY (*make/sambo utan biståndsbehov*) i enlighet med 4 kap 1 c § socialtjänstlagen för att uppnå skälig levnadsnivå.

Biståndsberättigad make/sambo har tidigare beslut om särskilt boende

NN (*biståndsberättigad make/sambo*) beviljas enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen bistånd i form av rätt att sammanbo med sin make/sambo YY (*make/sambo utan biståndsbehov*) i enlighet med 4 kap 1 c § socialtjänstlagen för att uppnå skälig levnadsnivå.

Avslag medboende

Biståndsberättigad make/sambo har inte tidigare beslut om särskilt boende

NN (*biståndsberättigad make/sambo*) beviljas enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen bistånd i form av särskilt boende för service och omvårdnad, då behovet inte kan tillgodoses på annat sätt.

NN:s ansökan om bistånd enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen i form av rätt att sammanbo med sin make/sambo YY (*make/sambo utan biståndsbehov*) avslås. Rätt till medboende ingår inte i skälig levnadsnivå för NN (*biståndsberättigad make/sambo*) eftersom villkoren i 4 kap 1 c § socialtjänstlagen inte är uppfyllda.

Biståndsberättigad make/sambo har tidigare beslut om särskilt boende

NN:s ansökan om bistånd enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen i form av rätt att sammanbo med sin make/sambo YY (*make/sambo utan biståndsbehov*) avslås. Rätt till medboende ingår inte i skälig levnadsnivå för NN (*biståndsberättigad make/sambo*) eftersom villkoren i 4 kap 1 c § socialtjänstlagen inte är uppfyllda.

Medboende – vad gäller?

Den make/sambo som inte är biståndsberättigad, men som vill bo tillsammans med sin make/sambo i det särskilda boendet blir **medboende**. En medboende som flyttar med till ett särskilt boende anses enligt lagstiftningen inte höra till det särskilda boendet. Den medboende räknas som om den fortfarande bodde i ordinärt boende.

Rättigheter och skyldigheter

Om den medboende inte beviljats några biståndsinsatser för egen räkning har han eller hon inte rätt till några insatser i det särskilda boendet. Personen förväntas klara sig på egen hand på samma sätt som om personen skulle ha bott i ett eget boende.

Oxelösunds kommun tillhandahåller vissa tjänster till medboende. Det är i form av servicetjänster enligt [lagen om vissa kommunala befogenheter](#).

Städning, tvätt och gemensamma inköp ingår i den serviceavgift medboende betalar i särskilt boende. Boendet tillhandahåller lakan, örngott och handdukar. Medboende betalar för ett månadsabonnemang där samtliga måltider ingår. Den medboende bör erbjudas möjlighet att delta i de aktiviteter som det särskilda boendet har att erbjuda.

För biståndsberättigade tillhandahåller boendet sängar anpassade för personer med stort omvårdnadsbehov. Utifrån en individuell bedömning avgörs om boendet tillhandahåller anpassad säng till den medboende eller om denne får ta med egen säng till boendet.

Enligt äktenskapsbalken ska makar utifrån sin förmåga fördela uppgifter och sysslor mellan sig och bidra till det underhåll som behövs för att gemensamma och personliga behov ska tillgodoses. Men enligt förarbetena till socialtjänstlagen kan man inte kräva att makar/sambor sköter omvårdnaden av den andra. Därför avgör den medboende själv i vilken omfattning han eller hon eventuellt vill hjälpa sin make/sambo.

Kvarboende - när någon av parterna avlider

Om den medboende maken/sambon avlider eller flyttar påverkar det inte rätten för den biståndsberättigade maken/sambon att bo kvar.

Om däremot den biståndsberättigade maken/sambon avlider eller flyttar påverkar det den medboende maken/sambon. Om den medboende maken/sambon har fått ett större omvårdnadsbehov under tiden som medboende kan han eller hon ansöka om särskilt boende för egen del.

Vilka rättigheter den medboende parten har i samband med den biståndsberättigade makens dödsfall regleras inte i lagstiftningen. Boendesituationen måste lösas i samförstånd med efterlevande part, men det är viktigt att den medboende redan från början är införstådd med vad som gäller.

Verkställighet av medboende

Boende för medboende

I förarbetena till lagändringen finns inte angivet hur ett medboende ska vara utformat mer än att det ska motsvara en skälig levnadsnivå, att makar och sambor ska känna att de sammanbor och att det så långt som det är möjligt ska motsvara de önskemål som sökanden har. Den sökande kan alltså inte kräva att boendet utformas på ett visst sätt. Boendet måste fungera för medboende och vara lämplig ur arbetsmiljösynpunkt samt uppfylla regler för brandskydd.

Alla lägenheter i de särskilda boendena är inte anpassade för att två personer bor i dem varför alltid individuell bedömning görs vilket boende som kan erbjudas. Om den biståndsberättigade har behov av särskilt boende med specialinriktning, till exempel demens, erbjuds paret särskilt boende utifrån en individuell bedömning. Anledningen är att boende med specialinriktade insatser inte är anpassade för medboende och att det behövs tillräckligt stora lägenheter med utrymme för personal och hjälpmedel

Innan inflyttning till särskilt boende ska både skriftlig och muntlig information getts till båda parter, skriftlig via ansökan och broschyr och muntlig genom handläggare, vad ett medboende kan ge för konsekvenser. Hyresavtal ska skrivas med den biståndsberättigade där det tydligt framgår att det gäller ett kategoriboende/särskilt boende. Båda parter ska också skriva under ansökan gällande avstående av besittningsrätt i tio (10) år för den medboende. Den senare ansökan ska också skickas till aktuell hyresnämnd där beslut tas innan inflyttning kan ske.

För biståndsberättigade tillhandahåller boendet sängar anpassade för personer med stort omvårdnadsbehov. Utifrån individuella bedömningar av personal på boende kan sådan säng tillhandahållas även till den medboende. I annat fall får den medboende själv tillhandahålla säng. Den medboende får själv möblera i samförstånd med personal med tanke på arbetsmiljö.

Ej verkställda beslut

Ett beslut om medboende är ett biståndsbeslut och ska därmed verkställas omedelbart efter utredning och godkännande av hyresnämnd. Socialnämndens rapporteringsskyldighet för ej verkställda biståndsbeslut enligt 16 kap 6 f § socialtjänstlagen gäller därför även för beslut om medboende, och inte enbart för beslut om särskilt boende. Rapportering ska alltså ske till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om beslutet om medboende inte har verkställts inom tre månader.

Lex Sarah

Bestämmelserna enligt den så kallade lex Sarah i 14 kap 3 och 7 §§ socialtjänstlagen gäller personer som har biståndsbeslut om insatser. Medboende utan insatser omfattas alltså inte.

Sekretess och tystnadsplikt

Bestämmelserna om sekretess i offentlighets- och sekretesslagen och tystnadsplikt i socialtjänstlagen syftar till att skydda uppgifter om enskilda som får insatser enligt socialtjänstlagen. Det betyder att reglerna om sekretess och tystnadsplikt inte gäller för den medboende maken/sambon om han eller hon inte har egna insatser. Men även om det inte är lagstadgat att sekretess och tystnadsplikt gäller gentemot den medboende bör dock personalen förhålla sig på samma sätt till den medboende som den biståndsberättigade.

Dokumentation

Har inte den medboende maken/sambon biståndsbeslut på insatser för egen del, t ex hemtjänst eller trygghetslarm, gäller inte reglerna för dokumentation enligt socialtjänstlagen. Däremot kan den medboende i vissa situationer behöva omnämnas i dokumentationen som gäller den biståndsberättigade. Om den medboende har egna beslutade

biståndsinsatser som utförs i det särskilda boendet ska detta dokumenteras på vanligt sätt i en egen personakt.

Avgifter

Medboende som inte själv är beviljade insatser omfattas inte av avgiftsreglerna i 8 kap socialtjänstlagen. Men bestämmelser i 8 kap 7 § socialtjänstlagen, som reglerar hur den enskildes förbehållsbelopp beräknas, ska beaktas. Likaså ska hänsyn tas till biståndsberättigad make/sambos ekonomiska situation, så att den inte blir oskälig försämrad enligt 8 kap 6 § socialtjänstlagen.

Om *en* av makarna/samborna bor i särskilt boende har respektive make/sambo ett högre minimibelopp som ensamboende, eftersom det medför högre levnadskostnader i jämförelse med om de var sammanboende. Sammanboende makar/sambor har därmed ett lägre minimibelopp. Minimibeloppet kan påverka avgifterna för den biståndsberättigande, beroende på betalningsförmågan.

Avgiftsberäkning vid beslut om medboende

Vid beräkning av avgifter för den biståndsberättigande i det särskilda boende, ses den medboende, de tre första månaderna, som boende i den ursprungliga bostaden. Det innebär att den medboende beräknas som ensamhushåll och får därmed ett högre minimibelopp än som sammanboende. Medboende ansvarar för kostnaden för den ursprungliga bostaden.

För samma tidsperiod beräknas även den biståndsberättigande som ensamhushåll och får också ett högre minimibelopp. Den biståndsberättigande ansvarar för hyran på det särskilda boendet.

Efter de tre första månaderna ses makarna/samborna som ett gemensamt hushåll. Respektive make/sambo får då ett minimibelopp som sammanboende som är lägre än för ensamboende. Båda ansvarar för hyra på det särskilda boendet. Ingen hänsyn tas till eventuell ursprunglig bostad.

Medboende betalar för helpension, där samtliga måltider ingår, och en serviceavgift där tvätt, städ och gemensamma inköp ingår. I tvättavgiften ingår tillgång till lakan, örngott och handdukar. Avgifterna följer fastställd

månadsavgift för måltider i särskilt boende och serviceavgift för medboende.

Hyresavtal

När en bostad upplåts enligt hyreslagstiftningen (12 kap [jordabalken](#)) gäller reglerna om bruksvärdeshyra, besittningsskydd och uppsägning. Hyreslagstiftningen gäller också i särskilt boende. Därför har den medboende i särskilt boende i normalfallet rätt att överta en gemensam lägenhet efter dödsfall och kan därmed bo kvar i det särskilda boendet efter att maken/sambon avlidit.

Utifrån att Oxelösunds kommuns särskilda boenden är ett så kallat kategoriboende skrivs hyreskontrakt endast med den biståndsberättigade. Båda parter ska gemensamt skriva under ansökan, om avstående av besittningsrätt i tio (10) år för den medboende, som skickas till aktuell hyresnämnd för godkännande. I hyreskontraktet preciseras att det gäller ett kategoriboende och att avtalet kan komma att sägas upp i det fall hyresgästen inte tillhör kategorin eller inte är i behov av bostad för parboende. Den tidigare medboende har då tre månaders uppsägningstid.



Vård- och omsorgsförvaltningen
Therese Karlsson

Revidering av riktlinjer för samverkan mellan vård-och omsorgs- , utbildnings- och kultur- och fritidsförvaltningen

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsförvaltningen föreslår att Vård- och omsorgsnämnden antar reviderad riktlinje för samverkan mellan utbildnings-, kultur och fritid och vård- och omsorgsförvaltningen.

2. Sammanfattning

Ärendet gick upp i nämnden första gången den 21/11 2023 men återremitterades då av nämnden. Det efterfrågades kompletteringar gällande; Tydlig ansvarsfördelning i individärenden, respektive i organisatoriska ärenden; Struktur och arbetsmetoder för att sätta och uppnå gemensamma mål, följa upp och utvärdera resultat; Sekretessregler och hur de hanteras i avvaktan på ny lagstiftning.

Då riktlinjen antagits i de andra nämnder där riktlinjen är aktuell, utan begäran om kompletteringar, föreslår Vård- och omsorgsförvaltningen att riktlinjen även antas i Vård- och omsorgsnämnden utan förändring. Detta då arbete med ytterligare arbete med revidering kommer ske under hösten 2024.

Beslutsunderlag:

Riktlinje samverkan mellan utbildnings-, vård och omsorgs- och kultur och fritidsförvaltningen

Katarina Haddon

Therese Karlsson

Förvaltningschef

Utvecklingsledare

Tjänsteskrivelse

2 (2)

Datum
2024-02-20

Diarienummer
VON 2023.52

Beslut till:

FC, Vård- och omsorgsförvaltningen

FC, Kultur- och fritidsförvaltningen

FC, Utbildningsförvaltningen

Förslag till revidering av

Riktlinje för samverkan mellan utbildnings-, vård- och omsorgs- samt kultur- och fritidsförvaltningen

Dokumenttyp	Fastställd av Vård- och omsorgsnämnden	Beslutsdatum 2018-05-29	Reviderat
Dokumentansvarig		Förvaring Castor	Dnr Von.2017.44 Von.2023.52
Dokumentinformation Riktlinje för samverkan mellan utbildnings-, vård- och omsorgs och kultur- och fritidsförvaltningen			



Datum
2023-11-06

Inledning

Denna riktlinje har upprättats i samverkan mellan vård- och omsorgs-, utbildnings- samt kultur och fritidsförvaltningarna på uppdrag från respektive nämnd. Riktlinjens syfte är att vara en vägledning och hjälp till att samverkan runt barn och ungdomar i riskzonen sker strukturellt och på ett systematiskt sätt i Oxelösund. Detta för att se till att barn och unga i behov av stöd och hjälp får det.

Riktlinjen riktas till barn och unga i förskoleåldern, skolåldern och gymnasiet. Oxelösund har gemensamma kommunmål för barn och unga. För att förverkliga målen måste samverkan ske mellan förvaltningarna.

Riktlinjen kompletteras med rutinbeskrivningar och överenskommelser till varje samverkansområde. (BRÅ,VITS m.m.)

En översyn av riktlinjen ska ske varje mandatperiod med syfte att identifiera eventuellt behov av revidering. Ansvariga för översynen är berörda förvaltningschefer från respektive förvaltning.

Kommunmål

Trygg och säker uppväxt

- Andel elever som är behöriga till gymnasiets teoretiska utbildningar** är minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner.
- Trygghet bland barn och ungdomar i Oxelösund är minst i nivå med genomsnittet för alla kommuner.
- Som introduktion till arbetslivet erbjuds 120 skolungdomar sommarlovsarbete i kommunal verksamhet.

*** med teoretisk utbildning menas ekonomi-, humanistiska, samhällsvetenskaps-, naturvetenskaps- och teknikprogrammen.*

God folkhälsa

- Konsumtion av tobak och alkohol bland ungdomar i Oxelösund minskar jämfört med föregående år.
- Alla nämnder och bolagsstyrelser arbetar aktivt med kommunikation och dialog med medborgare och kunder/brukare för att öka delaktighet och inflytandemöjligheter i kommunens utveckling jämfört med föregående år.
- Fler invånare deltar i kommunala verksamheter och aktiviteter som främjar hälsa och välbefinnande jämfört med föregående år.

Datum
2023-11-06

Utbildningens uppdrag

Utbildningen inom utbildningsförvaltningen syftar till att barn och elever ska inhämta och utveckla kunskaper och värden. Den ska främja alla barns och elevers utveckling och lärande samt en livslång lust att lära. Utbildningen ska också förmedla och förankra respekt för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande demokratiska värderingar som det svenska samhället vilar på.

I utbildningen ska hänsyn tas till barns och elevers olika behov. Barn och elever ska ges stöd och stimulans så att de utvecklas så långt som möjligt. En strävan ska vara att uppväga skillnader i barnens och elevernas förutsättningar att tillgodogöra sig utbildningen.

Utbildningen syftar också till att i samarbete med hemmen främja barns och elevers allsidiga personliga utveckling till aktiva, kreativa, kompetenta och ansvarskännande individer och medborgare. Skollagen (2010:800) 1 kap 4§

Skolans och vårdnadshavarnas gemensamma ansvar för elevernas skolgång med Lärande i Fokus ska skapa de bästa möjliga förutsättningarna för barns och ungdomars framtid genom utveckling och lärande.

Socialtjänstens uppdrag

Samverkan förskola/skola, kultur och fritid och socialtjänst sker när det finns en oro för att barnets bästa inte tillgodoses.

Alla anställda i en myndighet vars verksamhet berör barn och unga är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. (SoL 14 kap 1§)

Vidare sägs det i lagen att: Var och en som får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa bör anmäla detta till socialnämnden. (SoL 14 kap 1 c §)

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att barn och ungdomar får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. För att kunna fullfölja sina skyldigheter är socialtjänsten beroende av sina samverkanspartners, exempel på sådana är förskola och skola.

Kultur och fritids uppdrag

Allaktivitetshuset Koordinaten med verksamheterna fritidsgård, föreningsstöd, bibliotek och kultur

Samverkan förskola/skola och socialtjänst sker när det finns en oro för att barnets bästa inte tillgodoses. Verksamheterna har ett förebyggande arbete vid riskhelger som t.ex. Valborg, skolavslutning m.fl. Fritidsgården arbetar med att stärka

Datum
2023-11-06

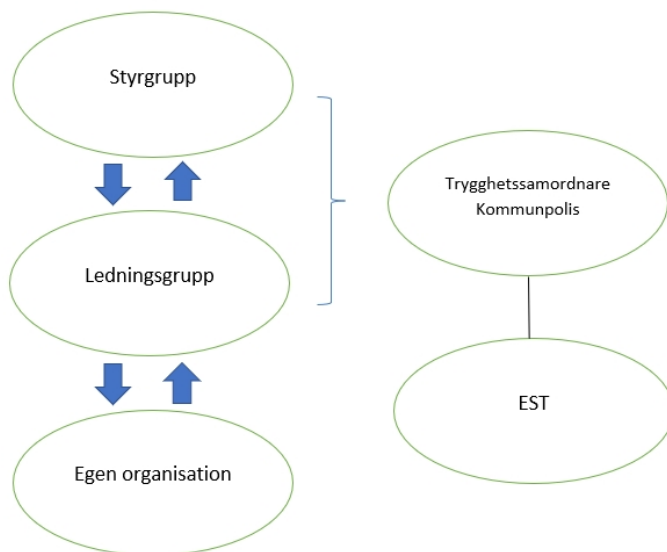
bärande relationer med barn och ungdomar, arbeta med gruppverksamheter, ha ett genusperspektiv, stimulera kreativ verksamhet som t.ex. teater, musik, dans, film, konst och genomföra olika aktiviteter tillsammans med barn och unga. Ett fokus i arbetet är att stötta ungdomarna att själva engagera sig och delta i den demokratiska processen när ungdomarna själva har idéer. I uppdraget ingår att det finns regelbunden kontakt med skola, socialtjänst och polis för samarbeten. I kommunens föreningsbidrag ingår t.ex. att föreningarna arbetar förebyggande när det gäller alkohol och droger, motverkar mobbning, följer FN's barnkonvention, utveckla motion och hälsa hos barn och unga samt olika samarbeten mellan föreningar och kommunen. Tillsammans med utbildningsförvaltningen ansvarar kultur- och fritidsförvaltningen för skolbiblioteken i kommunen. Där skapas möjligheter för alla barn att kunna stärka läsning, läsförståelse och öka kunskap.

Pågående samverkans forum:

BRÅ arbete (brottförebyggande arbete):

Alla förvaltningar ingår i arbete med brottsförebyggande och samverkan för att analysera hur nulägesbild tas upp i EST (effektiv samordning för trygghet) varje vecka. BRÅ arbetet genomförs tillsammans med alla förvaltningar.

Organisation, översikt



Fältarbete samverkan

Verksamhet inom skola, socialtjänst och fritid, ungdomsbehandlare/familjebehandlare, socialsekreterare, elevsamordnare samt fritidsledare.

Samverkan VITS

I nätverket VITS (Vardagsnära Insatser i Tydlig Samverkan) finns representanter från Förskola/skola, socialtjänst, Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) och Habiliteringsverksamheten (HAB). I Förskole- VITS finns även representanter från Barnavårdscentralen (BVC). I nätverket kan berörda verksamheter lyfta

Datum
2023-11-06

frågor kring barn och ungdomar där vi behöver samverka. I individärenden inhämtas alltid vårdnadshavarnas godkännande. Det är även ett forum för att diskutera gemensamma frågor på en mer övergripande nivå.

Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell plan, SIP, är en plan som ska upprättas tillsammans med brukare om de har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård och om det finns behov av samordning. För att underlätta samarbetet har länets kommuner och landsting tagit fram en överenskommelse och också verktyg, gemensamma rutiner och mallar.

Det finns inget som hindrar att förskola och skola deltar i ett arbete med samordnad individuell plan även om de inte nämns i lagstiftningen. Förskolan och skolan har en viktig roll i arbetet med samordnad individuell plan då de träffar alla barn dagligen och kan upptäcka att barn har behov av mer hjälp och stöd än vad de själva kan erbjuda.

Lagregeln om individuell plan finns både i 2 kap 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL och i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

I en SIP ska det ingå:

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser kommunen eller landstinget ska svara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen
- vem av kommunen eller landstinget som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Det finns inget hinder att kalla andra aktörer till ett SIP-möte även om den enskilde inte sedan tidigare varit aktuell hos dem, så länge den enskilde samtycker till det.

SIP ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. När det gäller barn och unga ska vårdnadshavaren ges möjlighet att delta i såväl planering som möten. Barnet och eller den unge kan också delta beroende på ålder och mognad.

Skolsociala team

En grupp av personal från skolan och socialtjänsten som samverkar för trygghet och studiero för att öka elevernas närvaro i skolan. Syftet med samverkan är att målgruppen ska lyckas nå gymnasiebehörighet. Exempel på insatser kan vara sociala och fysiska anpassningar i skolan, föräldraskapsstöd och relationsskapande aktiviteter.



Datum
2024-02-19

Dnr
VON.2023.23

OXL2
621
v 1.0
2007-
03-13

Vård- och omsorgsförvaltningen
Lena Lundin
0155-385 04

Vård- och omsorgsnämnden

Rapportering av ej verkställda gynnande beslut enligt Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämndens förslag till beslut i kommunfullmäktige:

Rapporten godkänns.

2. Sammanfattning

Kommunerna har skyldighet att till Inspektionen för vård och omsorg, kommunens revisorer och kommunfullmäktige rapportera in gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader från beslutsdatum. Motsvarande rapporteringskyldighet gäller även beslut som inte verkställts på nytt inom tre månader efter det att verkställigheten avbrutits. Rapportering ska ske en gång per kvartal.

Inspektionen för vård och omsorg har möjlighet att hos förvaltningsrätten ansöka om att en kommun, som inte verkställt ett gynnande beslut, ska åläggas en särskild avgift, så kallad sanktionsavgift.

När ett ärende som tidigare rapporterats som ej verkställt senare verkställs, ska nämnden anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg och revisorerna.

Oxelösunds kommun rapporterar per 31 december 2023:

SoL:

- Äldreomsorg** - 4 gynnande beslut som inte har verkställts inom tre månader från beslutsdatum.
- IFO** - 1 gynnande beslut som inte har verkställts inom tre månader från beslutsdatum.
- 2 avbrott i verksamhet som inte åter har verkställts inom tre månader.
- Funktionsstöd** - 0 gynnande beslut som inte har verkställts inom tre månader från beslutsdatum.
- LSS:** - 5 gynnande beslut som inte har verkställts inom tre månader från beslutsdatum.

Beslutsunderlag

Rapport ej verkställda beslut enligt SoL per 31 december 2023
Rapport ej verkställda beslut enligt LSS per 31 december 2023

Datum
2024-02-19

VON.2023.23

Katarina Haddon
Förvaltningschef

Lena Lundin
Enhetschef

Beslut till:

Kf (FK), Revisorerna (FK), Berörd handläggare (FK)

Per 2023-12-31 – Äldreomsorg, Funktionsstöd, IFO

Gynnande beslut enligt SOL, ej verkställda inom 3 mån efter beslutsdatum alt. avbrutna och ej åter verkställda inom 3 mån.

Kön	Födelseår	Bistånd	Beslutsdat.	Ant.
Man	1940	SÄBO	230411	Saknar säboplats demens – verkställt 231101.
Man	1941	SÄBO	230530	Saknar säboplats demens – verkställt 231101.
Kvinna	1938	SÄBO	230606	Saknar säboplats demens / står i kö till boende i Göteborg – verkställt 240105 flyttat in på SÄBO i Göteborg.
Kvinna	1938	SÄBO	230331	Saknar säboplats demens - verkställt 231023.
Man	2015	Kontaktfamilj	220925	Avbrott i verkställighet. Vårdnadshavare har erbjudits verkställighet i två olika familjer. V. önskar att syskonen vistas i samma familj samtidigt. Barnen har allergier man behöver ta hänsyn till. Idag finns inga uppdragstagare som kan matchas mot detta.
Man	2018	Kontaktfamilj	220925	Avbrott i verkställighet. Vårdnadshavare har erbjudits verkställighet i två olika familjer. V. önskar att syskonen vistas i samma familj samtidigt. Barnen har allergier man behöver ta hänsyn till. Idag finns inga uppdragstagare som kan matchas mot detta.
Man	1940	Växelvård	230427	Saknar plats, har i stället fått avlösning i hemmet, hjälp i hemmet samt trygghetslarm.
Man	1957	SÄBO	230831	Står i kö. Har under väntetiden fått hjälp i hemmet och trygghetslarm.

Kvinna	1941	SÄBO	230828	Är i behov av syrgas, detta har inneburit att hon inte kan bo på en avdelning med rökare. Det har varit svårt att tillgodose hennes behov på ett säkert sätt. Verkställt 240116
Kvinna	1939	SÄBO	230829	Vill bo kvar i hemmet med hemtjänst, men har hittills inte velat avsluta beslutet om säbo. Hembesök för vidare diskussion inbokat i januari.
Kvinna	1940	Växelvård	230524	Står i kö.
Kvinna	1992	Kontaktperson	230925	Verkställan har dröjt pga. personalrelaterade skäl. Man har nu hittat en kontaktperson som kan tänkas passa, referenstagning pågår.

Per 2023-12-31 Funktionsstöd

Gynnande beslut enligt LSS, ej verkställda inom 3 mån efter beslutsdatum alt. avbrutna och ej åter verkställda inom 3 mån.

Kön	Födelseår	Bistånd	Beslutsdat.	Ant.
Man	2008	Kontaktperson	230206	Har tackat nej till två föreslagna. Avslutat 231214 då brukaren har tackat nej till insatsen.
Man	1985	Daglig verksamhet	230510	Avslutas 231018 på brukarens begäran.
Man	2001	Daglig verksamhet	230919	Vid kontakt 240108 uppges att brukaren fortfarande är intresserad, men återkommer själv när insatsen blir aktuell.
Kvinna	2005	Kontaktperson	230605	Har mycket specifika önskemål på en kontaktperson. Vill vänta till det känns rätt.
Man	1985	Daglig verksamhet	230718	Dialog har pågått mellan handläggaren och god man under hösten. Möte är bokat med jobbcoach.
Man	1977	Kontaktperson	230619	Brukaren har fått förslag på olika kontaktpersoner men ännu hittat rätt. Arbete pågår nu med detta.
Man	2005	Bostad med särskild service	230725	Brukaren skulle flytta in under hösten men detta har av olika anledningar försenats. Planerad inflytt efter nyår.



Datum
2024-01-31

Dnr
VON.2024.7

OXL2
621
v 1.0
2007-
03-13

Vård- och omsorgsförvaltningen
Agnetha West
0155-381 12

Vård- och omsorgsnämnden

Redovisning av Säg vad du tycker 2023

1. Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämndens beslut

Godkänna uppföljningen av Säg vad du tycker 2023.

2. Sammanfattning

Inom Oxelösunds kommuns samtliga verksamheter används systemet *Säg vad du tycker* för hantering av synpunkter från kommunens invånare och övriga intressenter. Det är viktigt att kommunen har fungerande och välkända externa och interna rutiner för hur invånare och andra kan lämna synpunkter. Alla synpunkter som inkommer ska följas upp. Den som lämnat synpunkt ska få besked om vad som händer i ärendet inom tre veckor. Inkomna synpunkter ska årligen sammanställas och redovisas i berörd nämnd samt till kommunstyrelsen.

Av uppföljningen framgår att 16 synpunkter har lämnats på kommunens verksamhet gällande vård- och omsorg under 2023.

6 av synpunkterna har bevarats/hanterats. 1 har varit anonyma synpunktslämnare.

Totalt har kommunen fått in 90 synpunkter 2023.

Beslutsunderlag

Sammanställning av Säg vad du tycker 2023.

Katarina Haddon
Förvaltningschef

Agnetha West
nämndsekreterare

2024-01-24

 OXL1
 00
 v 1.0
 2006-
 11-13

Dokumentation och rapportering av synpunkter 2023

Vård- och omsorgsnämnden

Ankomst	Synpunkt	Bekräftelse till avsändare	Svar till avsändare	Åtgärd
Datum	Synpunkt i sammanfattning	Datum	Datum	Åtgärd i sammanfattning, t ex "Information till avsändare om regler"
2023-02-09	Fråga om att införa sprututbytesprogram	2023-02-09	2023-02-22	Regionen har ansvaret
2023-03-08	Klagomål på hemtjänsten	2023-03-10		
2023-03-21	Hemtjänsten parkerar bilar i bostadsområde	2023-03-01		
2023-04-03	Ingen återkoppling på ansökan om utökad hjälp	2023-04-03	2023-04-18	Förvaltningen ber om ursäkt att svar har dröjt samt ser över rutinen
2023-04-24	Bemötande från personal på avdelning	Anonym		
2023-06-19	Synpunkt på äldreomsorgen och förslag på förbättringar med fler aktiviteter	2023-06-19	2023-07-07	Hänvisning till enhetschef på avdelningen
2023-06-20	Brister i hemtjänsten	2023-06-20		
2023-07-12	Synpunkt på korttidsboendet	2023-07-12	2023-07-19	Enheten tar lärdom att i största möjligaste mån möta upp och samtala med anhöriga när det kommer på besök.
2023-07-12	Synpunkt om hemtjänsten och brukaren som vill ha kvinnlig personal vid dusch	2023-07-12	2023-07-12	Önskemålet kan inte alltid tillgodoses
2023-08-01	Synpunkt på hemtjänsten	2023-08-02		
2023-08-02	Synpunkt på hemtjänsten	2023-08-02		
2023-08-03	Synpunkt hemsjukvården	2023-08-03		

Datum

2023-08-07	Synpunkt om boendestandard Sjötången	2023-08-07		Besvaras av KB
2023-08-14	Hemtjänstens besökstider	2023-08-14		
2023-08-25	Hemtjänstbesök	2023-08-25		
2023-10-16	Äldreomsorgen	2023-10-17		

Vård- och omsorgsnämnden

Sammanträdesdatum

2024-02-28

(9)

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

Vård- och omsorgsnämnden

Sammanträdesdatum

2024-02-28

(10)

Dnr VON.2024.3

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

Ärendemening / ärendenummer	Ansvarig	Beslutsdatum och §	Uppdrag/sammanfattning	B/MI	Uppdrag klart/återrapportering
Information om Ukraina			Muntlig information	MI	Paus
Kö till särskilt boende			Muntlig redovisning	MI	Varje nämnd
Hemtjänsten		2013-08-26	Muntlig redovisning	MI	Varje nämnd
Lex Sarah/Lex Maria			Muntlig information	MI	Varje nämnd
Statistik i verksamheterna			Muntlig information	MI	Varje nämnd
Handlingsplaner med mål och mått			Information	MI	Maj, delår, november, bokslut
MAS rapport				MI	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	HR	2017-08-30		MI	April, augusti och december

Datum
2023-12-13

Uppföljning av genomlysning av vård- och omsorgsnämnden	Katarina Haddon	2019-08-28	Presentation av nyckeltal	MI	November 2023
Välfärdsteknik		2017-05-30 2019-03-26	Plan för fortsatt införande - återrapport	MI	Q1 2024
Uppföljning tillsyn särskilt boende		2023-03-29		MI	Q1 2024
Kompetensförsörjningsplan			Muntlig information	MI/	Q1 2024
Digitala arbetsprov/språkombud		2020-11-24	Uppföljning	MI	Q1 2024
Socialtjänst och skola i samverkan	Katarina Haddon	2019-11-26		MI	Q1 2024
Uppdrag att utreda verksamheten Daglig verksamhet		2023-11-21		B	Mars 2024
Uppdrag att utreda Riktlinjer för bedömning av bistånd till äldre enligt SoL		2023-11-21		B	Mars 2024
Uppföljning externa utförare			Förtecknas och redovisas för nämnden		Årligen
Revidering av riktlinjer för samverkan mellan Vof, Kff och Uf			Återremiss på Von 2023-11-21. Ska kompletteras med 1.Tydlig ansvarsfördelning i individärenden, respektive i organisatoriska ärenden. 2.Struktur och arbetsmetoder för att sätta och uppnå gemensamma mål, följa upp och utvärdera resultat. 3.Sekretessregler och hur de hanteras i avvaktan på ny lagstiftning.		

