

**Vård- och omsorgsförvaltningen**

KALLELSE

2024-02-20

**Sammanträdande organ**

Vård- och omsorgsnämnden

**Tid**2024-02-29 **klockan 08:30 OBS!****Plats****Solrosen, Västgötatan 18 (socialförvaltningen)  
Samling utanför klockan 8.15**

<b>Nr</b>	<b>Ärende</b>	<b>Beteckning</b>
1	Upprop	
2	Val av justerare	
3	Fastställande av dagordning	
4	Aktuell verksamhetsinformation	
5	Patientsäkerhetsberättelse 2023	VON/2024:19
6	Kvalitetsberättelse 2023	VON/2024:14
7	Uppföljning av program för privata utförare	VON/2024:17
8	Yttrande över motion om att ta bort minutstyrning i hemtjänsten	VON/2023:63
9	Årsredovisning 2023	VON/2023:40
10	Redovisning av genomförd internkontroll 2023	VON/2023:6
11	Internkontrollplan 2024	VON/2024:18
12	Arbetsmiljö - årssammanställning 2023	VON/2024:20
13	Sammanställning av domar 2023	VON/2023:44
14	Synpunkter juli-december 2023	VON/2023:8
15	Ansökan statsbidrag personliga ombud 2024	VON/2024:9, VON/2023:3
16	Ändring av nämndens samrådsorganisation	VON/2022:71
17	Val av kontaktpolitiker 2024	VON/2023:1
18	Redovisning av delegationsbeslut	
19	Meddelanden	

Förhinder anmäls till Mona Kjellström 0150-578 14 [mona.kjellstrom@katrineholm.se](mailto:mona.kjellstrom@katrineholm.se)

**Av hänsyn till våra allergiker. Kom doftfri!**

**Kommande sammanträdesdagar år 2024**

<b>Beredning</b> <b>13.15-15.00</b>	15/2	11/4 kl. 15-16	30/5	15/8	12/9	30/10 15-16	28/11	
<b>Nämnd</b> <b>13.15</b> KTS-salen/Solrosen	29/2 8.30- 12.00	25/4	13/6 8.30- 12.00	29/8 8.30- 12.00	26/9 8.30- 12.00	14/11	12/12 8.30- 12.00	
<b>Enskilt utskott</b> <b>13.15-15.00</b>	7/3	11/4	16/5	11/6 (tis)	5/9	10/10	7/11	5/12

## Patientsäkerhetsberättelse 2023

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden fastställer patientsäkerhetsberättelsen för år 2023.

### Sammanfattning av ärendet

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Vårdgivaren ska senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå:

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som har uppnåtts.

### Ärendets handlingar

- Patientsäkerhetsberättelse 2023

Anna-Lena Ramstedt  
Förvaltningschef

Eva Gyllhamn  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beslutet skickas till:

Akten  
Webben  
Intranätet

# Patientsäker- hetsberättelse 2023

Vård- och omsorgsförvaltningen

Datum: 2024-02-12

Dnr: VON/2024:19-8.2.3

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård .....</b>	<b>4</b>
Grundläggande förutsättningar för säker vård .....	4
Engagerad ledning och tydlig styrning .....	4
Övergripande mål och strategier .....	4
Resultatmål .....	4
<i>Resultat</i> .....	4
Organisation och ansvar .....	5
Stödfunktioner för god patientsäkerhet .....	6
Informationssäkerhet.....	8
En god säkerhetskultur .....	9
Avvikelsehantering.....	9
Hemsjukvård .....	9
Adekvat kunskap och kompetens .....	9
Yrkeskompetens .....	9
Kompetensutveckling.....	10
Bemanning och schemaläggning.....	10
Patienten som medskapare .....	10
<b>Agera för säker vård .....</b>	<b>11</b>
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	11
Vårdprevention .....	11
Basala hygienrutiner och klädregler .....	11
Patientjournal och granskning .....	11
KVÅ koder .....	11
Läkemedelshantering.....	11
Läkemedelsindikatorer .....	12
Delegering.....	12
Trygg hemgång och effektiv samverkan .....	12
Apotekare i vård- och omsorg.....	12
Munhälsobedömningar .....	12
Boenden för äldre.....	13
Tjänstens utförande .....	13
Tillförlitliga och säkra system och processer .....	13
Hur tillförlitlig är arbetsprocesser och system.....	13
Säker vård här och nu.....	14
Riskhantering .....	14
Stärka analys, lärande och utveckling.....	14
Avvikelser samt synpunkter och klagomål .....	14
Allvarlig avvikelser/risk för allvarliga avvikelser samt lex Maria anmälan .....	16
Avvikelser från kommunen till regionen.....	16
Avvikelser från regionen till kommunen.....	16
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	17
<b>Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....</b>	<b>18</b>
Övergripande mål .....	18
Resultatmål .....	18
Strategier och utmaningar .....	18
<b>Bilaga - Egenkontroll.....</b>	<b>19</b>

# Sammanfattning

Patientsäkerhetsarbetet har omfattats av framför allt egenkontroller och åtgärder utifrån resultat. Till exempel mätning och uppföljning av basala hygienrutiner och klädregler, läkemedels hantering och samverkan internt och externt med framför allt region Sörmland.

Basala hygienrutiner och klädregler har följts under året både som nationell mätning och som egenmätning. Hygienronder av vårdhygienisk expertis sker på särskilda boenden frekvent, vilket genererar förbättringsområden på enhetsnivå. Kommande år införs även vårdhygienisk egenkontroll på enhetsnivå.

Beslut om att införa loggningsbara läkemedelsskåp har fattats för att säkra läkemedelshanteringen och spårbarheten. En övergripande handlingsplan finns för installationer på alla särskilda boenden för äldre och inom hemsjukvården. Arbetet har följts upp under året och vidare åtgärder bedöms behöva vidtas för att beslutet ska uppfylla sitt syfte med begränsad behörighet till hälso- och sjukvårdspersonal samt frekventa egenkontroller.

Patientsäkerhetsdialoger i samverkan mellan särskilda boenden för äldre och ansvarig vårdcentral har påbörjats efter beslutad överenskommelse om samverkansrutin mellan Sörmlands kommuner och region Sörmland. Arbetsättet syftar till att främja en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård för personer som bor på särskilda boenden för äldre. En patientsäkerhetsdialog har genomförts under året och uppföljning planeras, arbetet fortsätter årligen.

Skydd mot vårdskada är patientsäkerhet och det finns utmaningar inom verksamheterna mot god och säker vård – överallt och alltid. Verksamheterna bedöms i större omfattning behöva följa vårdgivarens styrande dokument för nationella kvalitetsregister, vårdpreventionsarbete samt systematiskt kvalitetsarbete.

Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020 - 2024 är framtagen av Socialstyrelsen, handlingsplanen innehåller prioriterade fokusområden vilka ska bidra till att stärka kommuners systematiska patientsäkerhetsarbete. Vård- och omsorgsförvaltningen har under året arbetat utifrån handlingsplanen. Nulägesanalyser på verksamhets- och förvaltningsnivå är framtagna samt sammanfattade till en gemensam prioriteringsordning för kommande arbete utifrån de fem fokusområdena. En handlingsplan kommer att tas fram vilken syftar till att ta fram principer, prioriteringar, mål och genomföra insatser för ökad patientsäkerhet mot god och säker vård, överallt och alltid då ingen patient ska behöva drabbas av en vårdskada.

Det pågår även en omställning till nära vård med ett förhållningssätt som avser en personcentrerad hälso- och sjukvård där samarbetet och samverkan mellan vårdgivare och patient är central. Omställningen kräver förändrat förhållningssätt och arbetssätt.

# Grundläggande förutsättningar för säker vård

För att nå nationella visionen "God och säker vård – överallt och alltid" och det nationella målet "ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada" har ett förvaltningsövergripande arbete påbörjats utifrån nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

## Grundläggande förutsättningar för säker vård

Ett förvaltningsövergripande arbete har påbörjats för att ta fram en handlingsplan för ökad patientsäkerhet i kommunen, handlingsplanen ska vara färdigställd under kommande vår.

### 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. Ledning, chefer, medarbetare och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)<sup>1</sup> ska systematiskt samarbeta med patientsäkerhetsfrågor mot god och säker vård. Förvaltningen har styrande dokument som tydliggör ansvar och roller inom hälso- och sjukvårdens område. Hälso- och sjukvårdsfrågor bedöms behöva utökat utrymme för att uppnå förutsättningar för engagerad ledning och styrning.

### Övergripande mål och strategier

I kommunplanen för Katrineholms kommun anges att förvaltningen ska arbeta utifrån det övergripande målområdet Trygg omsorg och vård.

### Resultatmål

God patientsäkerhet inom vård och omsorg

#### Indikator

Personer i särskilt boende som har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en åtgärd mot riskområdet utförts, andel %:

#### Resultat

Resultat 65 %, 393 unika personer har fått minst en riskbedömning. Resultatet har minskat från förra årets 71%.

#### Indikator

Personal inom vård och omsorg som följer basala hygienrutiner och klädregler (BHK), andel %.

#### Resultat

I samtliga åtta korrekta steg utgörs andelen av 66 % vilket är en minskning från förra årets nationella mätning (73 %). Antalet mätningar var 684 vilket var en ökning i jämförelse med förra årets mätningssantal 539. Antalet hygiensteg 76 % och klädsteg 84 % ligger kvar på samma nivå som förra året. Under senhösten genomfördes en mätning i egen regi, resultatet var 69 % i samtliga åtta korrekta steg.

---

<sup>1</sup> MAS – medicinskt ansvarig sjuksköterska

### Indikator

Personer i ordinärt boende med hemsjukvård som har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en åtgärd mot riskområden utförts, andel %.

### Resultat

0 %. Åtta unika personer har fått riskbedömningar med risk. År 2022 var resultaten 0.

### Organisation och ansvar

Hög patientsäkerhet är beroende av ett välfungerande teamarbete med engagemang från personal inom hela förvaltningen.

#### Nämndens ansvar

Vård- och omsorgsnämnden är vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) och har ett övergripande ansvar för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Till vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde hör ansvar för hälso- och sjukvård från 18 års ålder i ordinärt boende, särskilt boende, boendestöd, dagverksamhet och daglig verksamhet. Till ansvaret hör även betalningsansvar enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Nämnden ansvarar även för verksamhet enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962) för fritt val av utförare inom äldreomsorgens hemtjänst.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), Patientsäkerhetslag (2010:659), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete HSLF-FS (2017:40) är tillsammans med regionala samt interna styrdokument grunden för arbetet med hälso- och sjukvården inom förvaltningen.

#### Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen/förvaltningschef

Verksamhetschef för hälso- och sjukvården i Katrineholms kommun är förvaltningschefen för vård- och omsorgsförvaltningen. Kravet på att verksamhetschef ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs, regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30). Verksamhetschef har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamhetens fastställda rutiner. I ansvaret ingår att säkerställa resursers användning och bemanning ger förutsättningar före en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

#### Medicinskt ansvarig sjuksköterska/ medicinskt ansvar för rehabilitering<sup>2</sup> (MAS)<sup>3</sup>

I förvaltningen finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska. MAS har ett uppföljnings- och tillsynsansvar gällande för hälso- och sjukvård. MAS har ett särskilt medicinskt ansvar för att vårdtagare får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet samt att utarbeta riktlinjer inom området. MAS utreder och följer upp allvarigare händelser i verksamhet som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. På delegation från nämnden ansvarar MAS för anmälan enligt lex Maria till IVO. MAS deltar i kvalitetsteam, kvalitetsuppföljningar och ansvarar för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

#### Verksamhetschefer

Har ett helhetsansvar för sin verksamhet, att följa upp kvalitetsarbetet inom sina verksamheter samt vara ett stöd till enhetschefer i kvalitetsarbetet. Vidare ha man ett samlat ledningsansvar så att verksamheterna bedriver god vård och omsorg med hög kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschefen ansvarar för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra

<sup>2</sup> Delegeringsordning för VON, 2018-07-01

<sup>3</sup> Medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvar för rehabilitering förkortas MAS.

I uppdraget/professionen ingår båda ansvaren.



verksamheten. Verksamhetschefen medverkar i patientsäkerhetsberättelsen utifrån sitt ansvarsområde.

#### *Enhetschefer*

Har ett helhetsansvar för sin enhet, för att gällande styrdokument är kända samt att ny personal har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på enheten samt att de får en fullgod introduktion som krävs för att utföra uppdragen. Tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal samverka för organisationen och patienternas bästa.

#### *Hälso- och sjukvårdspersonal*

Att upprätthålla hög patientsäkerhet är ett arbete som all personal berörs av inom vårdgivarens ansvarsområde. Hälso- och sjukvårdspersonal har ett personligt yrkesansvar gentemot patienten. Legitimerad personal ansvarar för att hälso- och sjukvårdarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet. Medarbetare med delegering för arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvårdens område är hälso- och sjukvårdspersonal när den delegerade arbetsuppgiften utförs. Hälso- och sjukvårdspersonal ska tillsammans med enhetschefer samverka för organisationen och patienternas bästa.

#### *Omvårdnadspersonal*

Alla medarbetare ska arbeta för en god kvalitet genom att förhålla sig till lagar, värdegrund och kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Alla medarbetare ska också följa upprättade handlingsplaner, styrdokument, riktlinjer och rutiner samt rapportera brister, missförhållanden och övriga synpunkter.

#### *Läkare*

Ansvarig läkare i primärvården har ett övergripande ansvar för medicinsk vård och behandling. Läkare samverkar med legitimerad personal. Verksamheterna samarbetar med läkare som patienten listat sig hos enligt region Sörmlands listningsmodell Hälsoval.

#### *Kvalitetsteam*

Förvaltningskontoret hanterar allvarigare händelser och lex-utredningar vilka kommuniceras inom teamet.

### **Stödfunktioner för god patientsäkerhet**

Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning. Syftet med tillsynen är att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs enligt lagar och andra föreskrifter.

År 2020 genomförde IVO en nationell tillsyn och konstaterade att nivån var för låg gällande medicinsk vård och behandling för personer boende på särskilda boenden för äldre. Tillsynen har fortsatt med fokus på hela medicinska vården i den kommunala hälso- och sjukvården. Brister har identifierats övergripande gällande dokumentation, ordination, palliativ vård och delegeringar. Arbetet fortgår inom nämndens ansvarsområde med åtgärder och uppföljningar av åtgärder.

Socialstyrelsen är en myndighet som utvecklar regler, kunskap och stöd till omsorgen och vården inom olika områden. Föreskrifter och allmänna råd tas fram om hur verksamheterna lever upp till kraven som ställs.

Folkhälsomyndigheten är en nationell myndighet som arbetar mot bättre folkhälsa och ger ut olika nationella allmänna råd och rekommendationer i syfte att bli minskad smittspridning.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) bidrar till kunskapsutveckling och ett exempel är framtagandet av analysverktyget för stärkt patientsäkerhet som förvaltningen har använt och använder. Patientsäkerhetsarbetet nationellt har i och med årsskiftet övergått till Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård som drivs av Sveriges regioner i samverkan.

Patientnämnden arbetar fristående och bidrar till att höja patientsäkerheten samt vårdens kvalitet utan att vidta några sanktioner. Varje region och kommun är ansluten till patientnämnd som stödjer individer för synpunkter och klagomål.

Patientsäkerhetsfunktionen inom region Sörmland har tillsammans med kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor på uppdrag av länsstyrgruppen arbetat fram den antagna strukturen för patientsäkerhetsdialoger, vilka har påbörjats under 2023. Patientsäkerhetsfunktionen leder och tar fram lokala anvisningar utifrån nationella Vårdhandboken som har till syfte att kvalitetssäkra metoder, praktiska råd och anvisningar till vård som bidrar till en säker och god vård.

#### *Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV).*

NSV är gemensam för Region Sörmland och länets nio kommuner, med regionen som inbjudande värd. I reglementet framgår att nämnden har driftansvar för Hjälpmedelscentralen som ansvarar för länets hjälpmedelsförsörjning, FoU i Sörmland samt regionalt Vård- och omsorgscollege. Nämnden ska även följa upp och föreslå verksamhetsmöjligheter till huvudmännen inom följande målgrupper som är gemensamma:

- Barn och unga som behöver särskilt stöd
- Äldre
- Riskbruk, missbruk och beroendevård
- Personer med psykisk ohälsa och sjukdom
- Personer med funktionsnedsättning.

#### *Länsstyrgruppen*

Består av representanter av förvaltningschefer eller motsvarande från kommunerna samt regionen. Styrgruppen skapar förutsättningar för att invånarna i Sörmland, får en likvärdig vård. Under styrgruppen arbetar strategiska beredningsgrupper för olika fokusgrupper. Arbetsgrupper i de olika länsdelarna omfattas av lokal representation från verksamheterna i kommuner och region. I arbetsgrupperna följs avvikelser upp kontinuerligt på strategisk nivå, enskilda avvikelser hanteras på enhetsnivå. Revideringar av gemensamma styrande dokument pågår i syfte att möta de krav som ställs i omställningen till nära vård.

#### *MAS/MAR nätverk<sup>4</sup>*

Länets nio kommuners MAS/MAR deltar i ett gemensamt nätverk och ingår som en del av samverkansstrukturen för närvård, utifrån ansvaret att patienterna inom en kommuns ansvarsområde får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Länets MAS/MAR nätverk samverkar regelbundet i syfte att ge stöd och att driva gemensamma frågor t.ex. inom patientsäkerhet, läkemedelsgranskning och gemensamma riktlinjer mm.

#### *Övrig samverkan till exempel*

- Avtal med Vårdhygien region Sörmland, rådgivande funktion och vårdhygienisk kompetens
- Patientsäkerhets- och kvalitetsenheten region Sörmland
- Avtal med Svensk Dos AB för kvalitetsgranskning av läkemedelshantering
- Avtal med Tandvårdsenheten region Sörmland gällande munhälsobedömning av tandhygienist och utbildning i munvård för personal
- PRATOR – digital samverkan och dialog mellan kommun och region
- Stöd och samverkan med regionens specialistvårdsenheter.

Vårdprevention med riskbedömningar är ett teamarbete som är centralt för intern samverkan. Arbetet omfattas av personer äldre än 65 år som bor/vistas/har insatser på särskilt boende,

---

<sup>4</sup> MAS/MAR-nätverk, nio kommuners medicinskt ansvariga sjuksköterskor inkluderat två MAR

kortvårdsboende och är inskrivna patienter i hemsjukvården. Arbetsverktyget för det systematiska vårdpreventionsarbetet är Senior alert<sup>5</sup>.

Legitimerad personal ska tillsammans med omvårdnadspersonal ha kontinuerliga uppföljning utifrån patientens pågående hälso- och sjukvårdsinsatser. Det fungerar till stor del men övergripande bedöms behovet av deltagande legitimerad personal ses över och stärkas utifrån vårdgivarens ansvar, så att god och säker vård kommer den enskilde tillgodo, exempel är uppföljningar av läkemedelsbehandlingar, kroniska sjukdomar, rehabilitering, habilitering och planering av palliativ vård och vård i livets slutskede.

Att skapa säkra styrdokument för att säkerställa god och säker vård i det interna vårdplaneringsarbetet kopplat till reviderad och beslutad läns- och regiongemensam riktlinje behöver fortsatt utvecklas. Arbetet med intern rutin för samverkan i utskrivningsprocessen pågår i samverkan mellan Hälso- och sjukvården samt Förvaltningskontoret och fortsätter utifrån ett personcentrerat förhållningssätt med fokus på SIP, dokumentation i journal, skapande av vårdplaner, utbildningar, information och kommunikation.

#### *Kvalitetsråd*

Interna avvikelser hanteras framför allt på enhetsnivå där enhetschef ansvarar men kan även ske över enhetsgränser beroende på vem/vilka som varit delaktiga. En intern avvikelse ska avslutas efter att planerade åtgärder har följts upp över tid. Inom verksamheterna har arbetet kommit olika långt varför arbetet bedöms fortsätta framöver. Workshops har startats och fortsätter i syfte att stärka arbetet på enhetsnivå.

#### **Informationssäkerhet**

Ett bra informationssäkerhetsarbete är en förutsättning för effektiv och korrekt informationshantering vilket skapar förtroende både inom och utanför förvaltningen.

Uppgifter som rör patienters personliga förhållande som hälsotillstånd, sjukdom, behandling eller andra privata omständigheter omfattas av sekretess. Det är enbart den personal som har en vårdrelation med patienten som har tillgång till uppgifterna som enbart får lämnas ut till andra om patienten själv har lämnat sitt medgivande. Samtycke ska alltid inhämtas om och hur uppgifter om den enskilde får lämnas ut till andra vårdgivare eller närstående med flera. Samtycke ska alltid efterfrågas och inhämtas när en vårdrelation inleds och dokumenteras i journal.

Genomförd uppföljning av informationssäkerhet och egenkontroll av informationssäkerhet med systematiska loggningar har inte skett under året men bedöms som ett utvecklingsområde.

#### *Systematiskt riskanalysarbete*

Risk- och konsekvensanalysarbete utförs kontinuerligt för att identifiera och förebygga risker, minska sårbarheter och förbättra förmågan att förebygga, och hantera kriser och allvarliga händelser. Åtgärds- och handlingsplaner för framtagna risk- och konsekvensanalyser tas fram och följs upp samt åtgärdas kontinuerligt.

#### *Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring.*

Under året har journalgranskning genomförts enligt rutin dvs två granskningar per legitimerad personal. Fokus i egenkontrollen är att uppdatera vårdplaner, 92% var uppföljda helt eller delvis enligt redovisat resultat. Målet är att ingen vårdplan i patientjournal ska vara äldre än ett år. Utifrån analys av resultatet ses det som en positiv effekt men förbättringsbehov återstår då det fortsatt finns icke aktuella vårdplaner i journalen. Egenkontrollen täts till två gånger/år med uppföljning delår och helår 2024.

#### *Stöd till närstående*

Anhörigcentralen riktar sig till anhöriga i förebyggande och hälsofrämjande syfte. Samtalsgrupper, stöd på olika sätt och erfarenhetsutbyte med mera har erbjudits inom Anhörig-

<sup>5</sup> S. a – Senior alert är ett nationellt evidensbaserat arbetsverktyg för vårdpreventionsarbete.

centralen. Verksamheten har under året haft kontakt med 154 anhöriga varav 70% var nya för verksamheten.

## En god säkerhetskultur

Grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Förvaltningen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Vård- och omsorgsförvaltningens ambition är ett arbetsklimat som främjar säkerhet i vården och omsorgen och att personalen är engagerad i säkerhetsarbetet vilket ger sitt uttryck genom att identifiera säkerhetsrisker och påtala dessa, att avvikelser rapporteras och utreds samt att åtgärder vidtas och följs upp.

Evidensbaserad praktik och arbetssätt ska grunda sig på vetenskaplig baserad kunskap så att det omvårdnadsarbetet hjälper den enskilde och inte skadar. Förvaltningen bedöms idag sakna systematiskt och övergripande arbete inom säkerhetskultur och patientsäkerhet där resultat av kvalitet och förbättringsområden är mätbara. Under året har säkerhetskulturen och stärkt patientsäkerhet i förvaltningen påbörjats. Arbetet ska utmytna i en handlingsplan för vidare arbete med prioriterade fokusområden. I och med arbetet mäts säkerhetskulturen inom förvaltningen på ett systematiskt, evidensbaserat sätt och fokusområden identifieras.

Fokusområden är:

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap.

## Avvikelsehantering

Styrande dokument som berör avvikelsehantering och utredning av negativa händelser utgår från ett systemperspektiv med en strävan att få bort syndabockstänkandet till öppenhet och transparens. Information om inträffade händelser och risk för händelser ska uppmuntras. Spridning av lärdomar är en av grunderna i en god patientsäkerhetskultur och ger förutsättningar för en lärande och transparent organisation. Inom förvaltningen genomförs terminsvis summeringsmöten för att systematiskt sprida erfarenheter, åtgärder och förebyggande strukturer för ett arbete som ger goda resultat.

## Hemsjukvård

Antalet inskrivna patienter i hemsjukvården varierar mer nu än tidigare. Vid mätningen sen höst var antalet inskrivna 227 patienter fördelade över alla hemsjukvårdsområden i kommunen. Antalet inskrivna var under mättillfället mindre än förra årets 277. Utifrån avtal och styrande dokument planeras en översyn av inskrivna patienter.

## Adekvat kunskap och kompetens

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.

## Yrkeskompetens

All personal får introduktion i linje med vårdgivarens ledningssystem vid nyanställning samt att språkstester genomförs. Tillsvärdare anställda ska årligen ha medarbetarsamtal med närmaste chef för att upprätta och utvärdera personlig kompetensutvecklingsplan. Arbetet sker systematiskt. Rekryteringsprocessen gällande för sjuksköterskor har förbättrats senaste halvåret vilket medför kontinuitet i personalgruppen på ett bättre sätt än tidigare vilket även ökar kompetensen och kontinuiteten inom arbetsgruppen.

## Kompetensutveckling

Utbildningsinsatser har skett under året för omvårdnadspersonal. Utbildningarna omfattade teoretiska delar kopplat till styrande dokument rörande dokumentation, rapportering enligt SBAR, riskbedömningar samt vård i livets slutskede. I enkätutvärderingar av utbildningarna gav utbildningen ökad kunskap;

- Om god omvårdnad vid livets slut med 53 %.
- Kommunikation och dokumentation med 33 %.

18 medarbetare har läst undersköterskeutbildning, 7 medarbetare har utökat sin kompetens genom utbildning till specialistundersköterska. Arbetet med kompetensutveckling fortsätter kommande år. SBAR- kort i fickformat har delats ut och uppföljningen sker som egenkontroll vid medarbetarsamtal dvs att personalen använder kommunikationsverktyget vid kontakt med legitimerad personal.

Arbetet med språktester inför anställning har fortsatt under året vilket bidrar till en grund och vägledning inför anställning. Språkbudsutbildare har utbildats i syfte att säkerställa kompetensutvecklingen samt att medarbetare får läsa yrkessvenska som del av egen kompetensutveckling efter behov. Arbetet kommer följas upp år 2024 inför fortsatta satsningar på kompetensutveckling.

Samtliga enhetschefer har genomgått utbildningen Bemanningsakademien som en del i att eftersträva kontinuitets- samt kompetensbehovet inom verksamheterna. Utbildning har även skett i vårdhygienisk egenkontroll – ett verktyg för strukturerat ledningsarbete i kommunal vård och omsorg via hygiensjuksköterskor från Vårdhygien region Sörmland.

## Bemanning och schemaläggning

Schemaläggning och bemanning ska planeras efter den enskildes behov av vård och omsorg, yrkeskompetens är också kopplat till planeringen. Hälso- och sjukvårdsinsatser kräver legitimerad personal samt delegerad personal för arbetsuppgifter utifrån den enskildes behov, vilket sker i samverkan med legitimerad personal som är ansvariga för omvårdnaden/rehabiliteringen/habiliteringen samt att utbilda personal teoretiskt och praktiskt samt följa upp delegeringar.

## Patienten som medskapare

Patienter, närstående och brukare ska erbjudas att medverka i patientsäkerhetsarbetet på olika sätt. All verksamhet vilar på en tydlig värdegrund som inkluderar begreppen; Respekt, Öppenhet och Tydlighet och Tillit. Alla medarbetare delar värdegrunden oavsett roll, funktion eller position. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter och klagomål ska delges alla vårdtagare och närstående i verksamheterna. Vid ankomstsamtal och årlig omvårdnadsplanering ska vårdtagare och i många fall även närstående delta i planeringen av omvårdnaden. Att involvera patient/närstående vid avvikelser bedöms vara ett större förbättringsområde då flertalet avvikelser saknar informationen. Patienter och närstående har ofta bra synpunkter som kan vara till hjälp i förbättringsarbetet på samma sätt om vid inflyttning, uppföljning och planering av vården och omsorgen.

# Agera för säker vård

## Öka kunskap om inträffade vårdskador

Egenkontroll syftar till att säkra verksamhetens kvalitet till exempel i jämförelse med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter. Från uppmätt resultat beskrivs analys, åtgärd och uppföljning.

## Vårdprevention

Att arbeta hälsofrämjande och vårdpreventivt via arbetsverktyget Senior alert<sup>6</sup> innebär att skador i vården kan undvikas och att vård och omsorgstagare garanteras en säker vård. Senior alert används som ett evidensbaserat arbetsredskap som på individnivå identifierade risker, genererar vårdplaner och föreslår åtgärder utifrån bakomliggande riskorsaker.

## Basala hygienrutiner och klädregler<sup>6</sup>

Personal inom vård och omsorg som följer basala hygienrutiner och klädregler ska förbättras. Utifrån alla åtta hygiensteg har en minskning skett i förhållande till förra årets nationella mätning. Precis som förra årets analys framgår även att följsamheten till hygien- och klädreglerna har slappnat av sedan pandemin. Utbildningsinsatser för hygienombud, legitimerad personal och chefer har genomförts under året, deltagandet har varit varierat lågt och bedöms förbättras inför kommande år. Utbildningar i samband med nyinflyttning på nybyggd/renoverad enhet sker fortlopande då ny medicinteknisk utrustning kräver förnyade vårdhygieniska arbetssätt i syfte att erhålla god hygienisk standard. Inför år 2024 införs förnyat arbetssätt gällande för vårdhygienisk egenkontroll på enhetsnivå, vilka genererar framtagande av en handlingsplan utifrån identifierade förbättringsbehov.

## Patientjournal och granskning

Granskning av patientjournaler genomförs av Hälso- och sjukvårdsverksamheten, målet är två journaler per legitimerad personal och år. Genomförd egenkontroll påvisade att 92% av befintliga vårdplaner följs upp helt eller delvis under året. Målbilden är att ingen vårdplan ska vara äldre än ett år. Utifrån resultatet ses en positiv effekt men förbättringsbehov återstår då det finns ej aktuella vårdplaner i journaler. Egenkontroller tätas till två gånger/år med uppföljning delår och helår från och med år 2024.

## KVÅ koder<sup>7</sup>

Totalt har 1 808 antal koder registrerats enligt Socialstyrelsens statistik under januari till september månad. Förra året var antalet koder 737 under samma tidsperiod. Registret är ett hälsodataregister och regleras i lagen om hälsodataregister och om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Patientjournalen inom vårdgivarens ansvarsområde är uppbyggt enligt ICF<sup>8</sup> och KVÅ sedan 2019. Arbetet fortsätter så KVÅ koderna kan följas och användas i utvärderingen av hälso- och sjukvårdens insatser. Specifika KVÅ koder kommer att följas som egenkontroll till exempel upprättande av vårdplan samt uppföljning av vårdplan, medverkan i brytpunktsamtal samt möte för enkel läkemedelsgenomgång.

## Läkemedelshantering

Apoteksgranskning genomförs varje år av extern apoteksgranskare enligt avtal, resultat av granskningen redovisas i separat rapport.

<sup>6</sup> Basala hygien och klädregler - BHK

<sup>7</sup> KVÅ – klassificering av vårdåtgärder enligt Socialstyrelsens databas för kommunal hälso- och sjukvård. Registret ger underlag om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser per kommun i Sverige

<sup>8</sup> ICF – internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

## Läkemedelsindikatorer

Nationellt framtagna läkemedelsindikatorer syftar till att ge så god läkemedelsbehandling som möjligt för äldre patienter<sup>9</sup>. Andel som hämtat ut olämpliga läkemedel i Katrineholm är 6,3 %<sup>10</sup> jämfört med Sörmlands 5,6 %.

## Delegering

Vid uppföljning av delegeringsprocessen har det identifierats avsteg från styrande dokument i relation till genomförandet av skriftliga och praktiska kunskapskontroller inför delegering samt även i samband med uppföljningar. Under året har digitaliserade utbildningsfilmer uppdaterats och kompletterats utifrån trender och mönster i avvikelshanteringen från tidigare år framförallt gällande arbetsmomenten kring läkemedel i plåsterform samt narkotiska läkemedel. Vidare pågår ett arbete med att se över och revidera styrande dokument för delegeringsprocessen. Arbetet följs upp på olika sätt t ex via delegeringsmodulen i verksamhetssystemet så att områdesansvarig legitimerad personal, delegerat inom sitt respektive områdesansvar samt via dialog/enkäter till berörd delegerad personal. Resultat och analys av resultat påverkar fortsatt systematiskt kvalitetsarbete.

## Trygg hemgång och effektiv samverkan

Länsövergripande har en revisorledd granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter skett på uppdrag av region Sörmland och kommunerna. I rapporten utifrån granskningen föreslås framtagande av handlingsplan gällande fyra förbättringsområden. Arbetet fortsätter under kommande år samt inkluderas av reviderad riktlinje som är beslutad i Länsstyrgruppen.

## Apotekare i vård- och omsorg

Apotekare i regionen har arbetat i projektform med genomförande av fördjupade läkemedelsgenomgångar<sup>11</sup>, patientsamtal och rådgivning i läkemedelsfrågor. Apotekare har deltagit på ronder med hemsjukvården, särskilt boende och kortvårdsenheten. Antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar med apotekare i Sörmlands västra länsdel har ökat totalt sett i jämförelse från förra året från 195 till 263. Resultat av fördjupade läkemedelsgenomgångar för kommunens särskilda boenden för äldre har skett enligt följande fördelning:

- Lövåsgården – 10 stycken
- Igelkotten – 5 stycken
- Strandgården – 1 stycken
- Yngaregården – 4 stycken.

## Munhälsobedömningar

I samband med munhälsobedömningar registreras vissa hälsouppgifter. Dessa uppgifter avser smärta, tuggförmåga, antalet tänder, protesförekomst, implantat och munhygien. Registrering görs även av tandvårdsbehov på grund av tandskador/hål i tänderna, tandlossning och om behandlingsbehov finns för slemhinna och protes. Det totala antalet munvårdsbedömningar har under året ökat till 362 från 352. Övrig statistik är ungefär lika som förra året, se tabell. I förhållande till antalet berättigade personer till munhälsobedömningar (714)<sup>12</sup> och utförda munhälsobedömningar (362) är förskrivningen av munhälsointyg ett förbättringsområde för biståndshandläggare och legitimerade sjuksköterskor. Under sista månaden av året ökades antalet biståndshandläggare som förskrivare av munhälsointyg vilket borde generera ökade antal munhälsobedömningar inför år 2024 i förhållande till berättigade personer.

Utbildningsinsatser behöver ske utifrån grundläggande tandvård som är en del av omvårdnaden och i det hälsofrämjande arbetet. Den uppsökande verksamheten innebär även att personal årligen ska erbjudas munvårdsutbildning vilken är kostnadsfri för kommunerna. Del-

<sup>9</sup> Äldre – mer än 75 år

<sup>10</sup> [www.vardenisiffror.se](http://www.vardenisiffror.se)

<sup>11</sup> Målgruppen är patienter över 75 år

<sup>12</sup> Andel berättigade avser andel i förhållande till antal invånare i Sörmland som var 24 år eller äldre.

tagandet i kommunen har successivt sjunkit från år 2019 med 337 till nuläget med 57. Framöver bedöms behov av att följa upp kompetensutvecklingen som egenkontroll för att förbättra munhälsan ytterligare.

Uppdatering av T99webb<sup>13</sup> sker systematiskt första kvartalet årligen i syfte att få med alla kommunens enheter, ansvariga chefer och antal boendeplatser.

*Antal munhälsobedömningar för personer som bor på äldreboende\*\**

	Katrineholm 2022	Katrineholm 2023	Sörmland 2023
Antal munhälsobedömningar**	253	259	2 268
Medelålder	86	86	85
Kan äta normalkost, andel i %	80	83	71
Andel helt tandlösa, andel i %	13	13	14
Bra munhygien, andel i %	51	51	54
Registrerade vårdbehov*	53	53	46

\* Omedelbart behov av tandvård i någon form. Källa: Tandvårdsenheten 2024-01-12

### Boenden för äldre

En boendeplan för byggnation och renoveringar är beslutad för kommande år där kraven på vårdgivaren gällande god hygienisk standard har en stor betydelse vid om- och nybyggnationerna. I arbetet konsulteras medicinskt ansvarig sjuksköterska och Vårdhygien i Region Sörmland för att säkerställa att kraven uppfylls. Boendeplanen har under året reviderats och arbetet fortgår utifrån planering.

### Tjänstens utförande

Den digitala kommunikationen har utvecklats i snabb takt både internt och externt. Fysiska möten har minskat och digitala möten har kommit för att stanna. Framför allt sker digitala möten via Teams, Zoom och Cisco<sup>14</sup>. För att använda digitala möten på ett patientsäkert sätt mellan vårdgivarna används region Sörmlands system Cisco. Förvaltningen med flera t ex Socialstyrelsen erbjuder digitala kurser och utbildningar, t.ex. läkemedelshantering, basala hygienrutiner, personlig skyddsutrustning, introduktion till arbete i vård och omsorg och grundläggande utbildning om munhälsa och munvård vilka bör användas för att säkerställa evidens i kunskapsutvecklingen hos personalen.

## Tillförlitliga och säkra system och processer

### Hur tillförlitlig är arbetsprocesser och system

Avtal om läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården finns med region Sörmland och Hälsoval. I Katrineholms kommun och med primärvården finns även framtaget lokalt avtal. Läkarmedverkan berör främst äldreomsorgen, vård- och omsorgsboenden samt hemsjukvården. Avtalet följs upp årligen och syftet är att säkerställa att alla brukare har möjlighet till läkarbesök samt följa upp kvaliteten i givna hälso- och sjukvårdsinsatser samt identifiera eventuella förbättringar som behöver genomföras. Under året kommer uppföljning av identifierade åtgärder ske kvartalsvis tillsammans med vårdcentralerna. Enkäter till berörd personal har skickats ut inför uppföljningen i syfte att få en mer samlad bild av legitimerad personals uppfattningar på personnivå. Resultatet har varit positivt då nya perspektiv framkommit utifrån samverkan.

Läkemedelsavvikelse är vanligaste avvikelsen och att läkemedlet glöms bort att ges. Den processen har stärkts genom digital signering där delegerad personal får en påminnelse utifrån

<sup>13</sup> I T99webb – registrerar utfärdare underlag för tandvårdskort. Kommunansvarig administrerar uppgifter om särskilda boenden och personer som har rätt att utfärda underlag för tandvårdskort.

<sup>14</sup> Sekretess säkert digitalt kommunikationsverktyg



en bestämd tid som ansvarig sjuksköterska förutbestämt. Målet är att alla enheter ska arbeta med digital signering. Uppföljningsarbete har skett under året, resultatet har påvisat brister i hanteringen/avsaknad av ordinationslistor/handlingar i original vilket genererar åtgärder och ytterligare uppföljning. Bristerna har påverkat slutförandet av arbetssättet för externa utförare av hemtjänst/hemsjukvård utförare då bedömningen är att följa upp vidtagna åtgärder innan arbetet kan slutföras enligt planering.

## Säker vård här och nu

### Riskhantering

Få anmälda avvikelser från verksamheterna hanteras utifrån risken för vårdskada. Detta förväntas bli mer synligt i analysarbetet och framtagandet av handlingsplan för ökad patientsäkerhet i kommunen.

Arbetet med införskaffande av loggningsbara läkemedelsskåp för förvaring av läkemedel pågår fortfarande. Syftet är att kunna ha egenkontroll och spåra läkemedelshanteringen i kombination med kvalitativa och täta egenkontroller.

Verksamheterna har under året arbetat med olika risk- och konsekvensanalyser samt handlingsplaner. Arbetssättet har implementerats på ledningsnivå och används mer frekvent på enhetsnivå. Samma arbetssätt sker på patientnivå efter behov för att säkra hälso- och sjukvårdens insatser utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

### Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. Enhetschefer arbetar på enhetsnivå med legitimerad personal i syfte att hantera avvikelser, stärka analysarbetet, lärande och utveckling på enheten.

Kvalitetsråd på enhetsnivå ska hantera och sprida övergripande lärande- och utveckling i syfte att händelsen inte ska ske igen. Resultaten av allvarliga avvikelser och utredningar presenteras övergripande under summeringsmöten<sup>15</sup>. Här sammanställs relevanta åtgärder för spridning inom alla verksamheternas kvalitetsråd. Framtagna åtgärder syftar till att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, först då kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som är flexibel och anpassas kortsiktigt eller långsiktigt vid förändrade förhållanden med bibehållen säkerhet för den enskilde. Hälso- och sjukvård bedrivs i det egna hemmet oavsett var patienten bor, nära vård kommer minska antalet vårddagar inom slutenvården. Höga krav ställs på kompetens, flexibilitet och patientsäkerhet. Kompetensutveckling och organisationsförändringar, ändrade arbetssätt behövs för att möta upp behoven. Specialistvården ökar utanför slutenvården på sjukhus och samverkan mellan regionens specialistvård och den kommunala vården behöver samordnas bättre.

### Avvikelser samt synpunkter och klagomål

Avvikelser är en del av vård och omsorgsförvaltningens arbete utifrån kvalitetsledningssystemet för att systematiskt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Anmälda avvikelser är till merparten utifrån att en negativ händelse har skett.

Vid uppföljning var totalt antalet avvikelser från alla lagrum 4 961 vilket är en ökning från förra årets 4 339. Av dessa avvikelser är 799 ej bearbetade/avslutade och i jämförelse med förra årets resultat med 591 har antalet ökat. Några enheter har större problem med hanteringen av avvikelser än övriga. Under året har stöd getts i form av workshops vilket bedöms behöva fortsätta kommande år.

<sup>15</sup> Summeringsmöte – verksamheternas kvalitetsråd deltar och delges summerade erfarenheter utifrån allvarliga avvikelser och Lex Maria anmälningar

Totalt sett har avvikelserna ökat i antal, vilket ses som positivt, det vill säga att personalen anmäler avvikelser. Risktänkande i verksamheten samt avvikelser med risk för vårdskada bedöms vara ett större utvecklingsområde.

Antal anmälda avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område är 1 781 vilket är en ökning från förra årets antal 1 524.

#### Hälso- och sjukvård

Vanligaste avvikelserområde med vanligaste åtgärder, i fallande ordning:

	Antal 2023
Läkemedel	934
Fall	312
Fall med skada	100
Insatser/omvårdnad	306
Vård, behandling och provtagning	123
Dokumentation/information	106

Åtgärder	Antal 2023
Utredning/information i arbetsplatsforum	368
Kontakt sjuksköterska	291
Arbetsplatsdiskussion	202
Enskilt samtal	196
Handledning/utbildning	80

#### Äldreomsorg (särskilt boende äldre, stöd i ordinärt boende, dagverksamhet)

Antal hälso- och sjukvårds avvikelser för äldreomsorgen är 1 507, varav 140 är redovisade som kombinerade avvikelser från lagrummen HSL/SoL. Utifrån allvarigare avvikelser har några hemtjänstområden ändrat arbetssätt, där hälso- och sjukvårdsgrupper arbetar teambaserat med områdesansvarig sjuksköterska. Enheternas avvikelseresultat gällande framförallt avvikelser inom läkemedel har minskat i relation till kompetens. Arbetssättet bör införas inom alla enheter där omvårdnad särskiljs från serviceinsatser, i syfte att säkerställa god vård för de brukare/patienter som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Vanligaste avvikelserområden redovisade i fallande ordning:

Avvikelseområde	Antal	Åtgärder
Läkemedel	662	Enskilt samtal, kontakt med sjuksköterska
Fall	278	Kontakt sjuksköterska, utredning, information arbetsplatsforum
Fall med skada	88	Se ovan
Insats/omvårdnad	217	Kontakt sjuksköterska, utredning, information arbetsplatsforum

#### Externa utförare, LOV-företagen<sup>16</sup>

Totalt antal avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område är 64. Vanligaste aktiviteten är läkemedel 31, insatser/omvårdnad 20 samt dokumentation/information 4. Åtgärderna är; enskilt samtal, kontakt med sjuksköterska samt arbetsplatsdiskussion. Avvikelserna redovisas totalt inom ramen för Äldreomsorgen.

<sup>16</sup> LOV – valfrihetssystem för hemtjänst/hemsjukvård

### Funktionsstöd

Antal hälso- och sjukvårds avvikelser för funktionsstöd är 472, varav 45 är redovisade som kombinerade avvikelser från lagrummen HSL/LSS-SoL. Ej bedömda avvikelser är 55. Under året har verksamheten lagt stort vikt vid uppföljning av dokumenterade avvikelser vilket haft god effekt i mätning av statistik per månad, även handläggningstiden har minskat. I samband med utredning av oväntade dödsfall har framkommit att det saknas bakomliggande orsaker varför man tagit fram handlingsplan för bland annat vid rekrytering och introduktion, samarbete och dokumentation samt organisation och samverkan mellan professioner som arbetar inom verksamheten.

Vanligaste avvikelseområden redovisas i fallande ordning:

Avvikelseområde	Antal	Åtgärder
Läkemedel	252	Utbildning/information, arbetsplatsforum/APT
Insatser/omvårdnad	87	Utredning/information/APT
Dokumentation/information	34	Utredning/information/APT

### Allvarlig avvikelser/risk för allvarliga avvikelser samt lex Maria anmälan

Medicinskt ansvarig sjuksköterska hanterar och utreder allvarliga avvikelser/risk för allvarliga avvikelser i samverkan med representanter från verksamheterna. Under perioden har 15 utredningar genomförts utifrån allvarliga avvikelser. Två av dessa har medfört allvarlig vårdskada vilka resulterat i lex Maria anmälan till IVO. En avvikelse har genererat verksamhetsövergripande risk- och konsekvensanalys samt framtagande av handlingsplan.

*Beskrivning av typ av allvarliga avvikelser/lex Maria, konsekvens av händelsen samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt/planeras ge effekt*

Allvarliga avvikelser/lex Maria	Konsekvens av händelsen	Genomförda förbättringar som haft effekt
Fall	Dödsfall	Utbildningsinsatser utifrån styrande dokument
Högre dos av läkemedel än ordinerat	Akuta biverkningar, frånvaro attacker, behov av sjukhusvård på annan vårdnivå	Utbildningsinsatser utifrån styrande dokument Indragen delegering. Förändrat arbetsätt med hälso- och sjukvårdsteam. Uppdatering av möjlig anmälan om vårdskadeersättning till patient

### Avvikelser från kommunen till regionen

Externa avvikelser sker framför allt mellan länets sjukhus, vårdcentraler, ambulansverksamheten samt tandvården.

Totalt 96 avvikelser är skrivna till regionen vilka har ökat sedan förra året. Till största delen berör avvikelserna brister i informationsöverföring, läkemedel, medicinsktekniska hjälpmedel i utskrivningsprocessen från slutenvården. Ingen avvikelse har klassats som allvarlig avvikelse.

### Avvikelser från regionen till kommunen

Totalt har 43 avvikelser kommit till kommunen från Region Sörmland. Dessa berör informationsöverföring och samverkan, palliativ vård samt uteblivna munvårdsbehandlingar enligt ordinationer.

Bevakning och hantering av externa avvikelser bedöms behöva följas upp via avstämning inom Förvaltningskontorets kvalitetsteam med syfte att avvikelser hanteras inom rimlig tid samt att åtgärder följs upp övergripande. En ny blankett för avvikelser mellan vårdgivarna är under framtagande inom MAS/MAR<sup>17</sup>-nätverket och kommer införas under året, syftet är att förtydliga obli-

HS<sup>17</sup> MAS/MAR – medicinskt ansvariga sjuksköterskor/rehabilitering

gatoriska delar i hanteringen av avvikelser till exempel bakomliggande orsak till händelsen samt åtgärder och uppföljning av åtgärder som planeras och/eller genomförs.

## **Öka riskmedvetenhet och beredskap**

Hälso- och sjukvårdsverksamheten har tillsatt en tjänst som utbildningssjuksköterska i syfte att höja baskompetensen i vård och omsorgen. Ytterligare behov finns för liknande funktion gällande för rehabilitering och habilitering. Riskmedvetenhet finns i verksamheterna men man behöver utveckla samverkan inom alla verksamheter i processen mot god och säker vård. Förvaltningsövergripande arbete med stärkt patientsäkerhet förväntas resultera i ökad riskmedvetenhet och beredskap på alla nivåer. Vidare behöver verksamheterna arbeta mer med resiliens<sup>18</sup> och anpassa och planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.

---

<sup>18</sup> En resilient organisation har processer på plats för att förutse risker, begränsa påverkan av oönskade händelser och kan därför återhämta sig snabbt efter en motgång och uppnå sina verksamhetsmål trots en föränderlig värld.

# Mål, strategier och utmaningar för kommande år

## Övergripande mål

Trygg omsorg och vård.

## Resultatmål

God patientsäkerhet inom vård och omsorg.

## Strategier och utmaningar

Stärkt patientsäkerhet är prioriterat arbete. Verksamheterna har arbetat med framtagande av nulägesanalyser och en handlingsplan tas fram för hela förvaltningskontoret att arbeta vidare med. Två av fem identifierande och prioriterade fokusområden<sup>19</sup> är områdena; 2. Tillförlitliga och säkra system och processer med fem olika teman samt 4. Stärka analys, lärande och utveckling med fyra olika teman. Fokusområdena 2 och 4 handlar övergripande om;

2. att skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård med tillförlitliga och säkra processer i samverkan, processer som är framtagna utifrån bästa tillgängliga kunskap för en god och säker vård samt med hänsyn till patientens egen förmåga.
4. att öka förståelsen för hur patientsäkerheten ser ut och vilka orsaker som finns bakom vårdskador och faktorer som påverkar säkerheten. Resultat, analys och kontinuerligt förbättringsarbete av egna arbetet syftar till lärandeperspektivet. Patient och närstående-perspektivet utgör en central del i området.

Arbetet fortsätter därefter utifrån övriga tre fokusområden med sina teman. Grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete utgörs även av teman som engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patienten (närstående) som medskapare.

Det förebyggande arbetet är centralt för att skapa en trygg omsorg och vård. Att arbeta förebyggande med flera vårdpreventiva åtgärder<sup>20</sup> samtidigt<sup>21</sup> mot säkrare vård bedöms behöva öka på individnivå. Teamets betydelse för patientsäkerheten bedöms också behöva förbättras i syfte att arbeta hälsofrämjande och personcentrerat för att minska risk för vårdskada.

Kommande år fortsätter arbetet med uppföljningar av åtgärder, planerade åtgärder, genomförda åtgärder utifrån Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn av hälso- och sjukvården inom äldreomsorgen.

<sup>19</sup> Agera för säker vård, Handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Socialstyrelsen 2020.

<sup>20</sup> Arbeta förebyggande

<sup>21</sup> Identifiera risk för trycksår, fall, undernäring, ohälsa i mun och blåsdysfunktion i arbetsverktyget Senior slert

# Bilaga - Egenkontroll

Område	Mål	Resultat (anger andel år 2023)	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
<b>Nationella kvalitetsregister</b>  - Vårdprevention	År/delår	393 (319) unika personer har fått riskbedömningar. 92% med riskbedömning med risk, 88% har åtgärdsplan vid risk 65 % (72%) utförda åtgärder vid risk.	I förhållande till antalet beslut om säbo <sup>22</sup> boende, brukare på kortvård och antal säbo platser samt inskrivna patienter i hemsjukvården är antalet riskbedömningar lågt per unik person då rutinen även beskriver att riskbedömningarna ska göras 2 ggr/år samt vid inflyttning.	Alla enheter arbetar strukturerat, systematiskt och synliggör resultat på avdelnings-, enhets- och verksamhetsnivå. Tätare uppföljning med egenkontroll varje kvartal.	Resultat i S.a <sup>23</sup> - inlägg i Stratsys <sup>24</sup> per månad för rapportering av resultat och analys av resultat.	Sätta resultat i förhållande till boendeplatser, insatser i hemsjukvård samt personer som visats på kortvård under perioden.	Senior alert
- Trycksår	Noll tolerans mot trycksår	33% (35%) riskbedömning med risk. Utfall 22 trycksår på 21 personer.	Bra att upptäcka kategori 1 tidigt för att sätta in åtgärder. Vanligast lokalisering är ryggslut.	Som ovan	Som ovan	Utifrån riskbedömningar och behov bör alla patienter erhålla en vårdplan för förebyggande av trycksår.	

<sup>22</sup> Säbo - särskilt boende

<sup>23</sup> S.a - senior alert

<sup>24</sup> Stratsys - administrativt uppföljningsverktyg

Område	Mål	Resultat (anger andel år 2023)	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
- Undernäring	Risk för undernäring ska identifieras och förebyggas.	55% (56%) riskbedömningar med risk. Utfall; 135 personer hade BMI <22. 136 personer hade ofrivillig viktninskning.	Bakomliggande orsaker är sjukdom, mer än 11 timmars nattfasta, annan orsak	Koppla undernäring till nattfastan och arbeta preventivt och hälsofrämjande. Utbildningsinsatser	Som ovan	Utifrån riskbedömningar och behov bör alla patienter erhålla en vårdplan för förebyggande av undernäring utifrån målet. Kontakt med dietist enligt rutin efter bedömning.	
- Fall	Fall och fallskador ska förebyggas	77%, Utfall; 135 (105) personer har sammanlagt fallit 337 gånger. Vanligaste tiden för fall är klockan 12-18. Bakomliggande orsaker till fall är nedsatt balans och rörelsemönster, sjukdom och läkemedel som ger ökad fallrisk.	Alltför få erhåller fallriskbedömning i relation till personer som har insatser inom vård och omsorg. Alla boende och inflyttade ska erhålla riskbedömning två ggr/år enligt rutin.	Arbeta vårdpreventivt enligt gällande styrdokument, teamsamverkan krävs	Som ovan	Personer >65 år som bor, är inskrivna i hemsjukvården och vistades på kortvårdsplats och nyinflyttade ska erhålla riskbedömning minst två ggr/år enligt rutin.	

Område	Mål	Resultat (anger andel år 2023)	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
- Munhälsa	Alla som har behov ska erhålla munvårdsbedömning enligt gällande rutin	Riskbedömningar med risk är 49%, 189 av 586 har identifierad risk för munhälsa/ohälsa i mun. 57 personal har erhållit munvårdsutbildning under året, vilket är en minskning från 132 år 2022.	Alla brukare som vistas och bor/har insatser har inte erhållit munvårdsbedömning utifrån sitt omvårdnadsbehov.	Alla brukare med behov och som bor, vistas/har insatser ska erhålla munvårdskort och munvårdsbedömning (utifrån egen önskan). Alla enheter ska genomföra grundläggande munvårdsutbildningen/år. Alla biståndshandläggare har fått utbildning och tillgång till T99webb.	Följs i Stratsys, delår och rapport från Folk-tandvården	Alla enheter genomför munvårdsutbildning till personalen. Omfattning 1h och ges digitalt. Alla ssk och biståndshandläggare har behörighet att skriva intyg för munhälsoundersökningar av tandvården.	
- Blåsdysfunktion	Diagnos, behandling, omvårdnad och rätt förskrivning av inkontinensmaterial	0 bedömningar är genomförda under året		Inkontinens sjuksköterska ska finnas inom säbo äldre och driva arbetet på säbo äldre i linje med styrande dokument	Följs i Stratsys, delår och rapport från Folk-tandvården	Alla personer som flyttar in på särskilt boende för äldre ska erhålla undersökning och diagnos efter problem. Ska kunna följas i patientjournal utifrån status, hälsohistoria och vårdplan efter problem där utredning och diagnos kan följas. Arbetet sker i samverkan med ansvarig läkare då provtagning ingår i undersökningen samt att diagnos ställs.	



Område	Mål	Resultat (anger andel år 2023)	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
- SveDem <sup>25</sup>	Tertial/ år	99 uppföljningar är genomförda på tre säbodemens boenden Dufvegården, Norrgläntan och Lövåsgården.	Antalet uppföljningar har ökat med 49 i jämförelse med förra året. Antalet är lågt i förhållande till antal enheter och boendeplatser.	Demensvården kan inte utvärderas på kommunnivå. Tätare uppföljning behövs.	Utse regionkontaktperson. Ansvar och uppgift. Samverkansformer inom närvården	Antalet uppföljningar av demensutredningar på demsenheterna ska öka och vara relevant i förhållande till antalet demensutredningar under året.	SveDem
- Svenska HALT. Omfattas av säbo äldre enheter.	År	182 (204) inkluderade vårdtagare på 19 särskilda boenden, varav 4 kortvårdsboenden. 3% vårdtagare med bekräftad infektion förvärvad på SÄBO. Typ av infektion; 2,2% hudinfektion	Antal vårdtagare med pc-behandling <sup>26</sup> 11% Riskfaktor; 1. Urinkateter 2. Trycksår 3. Andra sår  Vårdtyngds-indikator; 1. Desorienterad 51% 2. Inkontinens 50,5% 3. Rörlighet 31%	Bearbetning av resultat med förslag på åtgärder gällande inkontinensutredningar vid inflyttning på säbo äldre i samverkan med ansvarig läkare och ssk.  Bearbetning av resultat och analys med förslag på åtgärder på enhetsnivå	Samverkan STRAMA mot antibiotikaresistens planeras med "antibiotika smarta leg, ssk i projektform.	Arbeta förebyggande med att identifiera patienters problem med inkontinens per boende, utifrån ett hälsoperspektiv. Arbetet sker i samverkan med ansvarig läkare	Senior alert
- Palliativ vård	Kvartal/år	Antal rapporterade dödsfall 135, varav väntade dödsfall 110. Exempel: Brytpunktsamtal 77 Smärtskattning 67 Vårdplan 95 För fler kvalitetsindikatorer; Se	Sex av åtta kvalitetsindikatorerna utgör förbättringsområden	Berörda verksamheter arbetar med förbättringsåtgärder i samverkan mellan legitimerad- och omvårdnadspersonal. Palliativombud införs inom äldreomsorgen.	Uppföljningar av Palliativregistrets redovisande resultat på APT möten, kvartalsvis. Utbildningsinsatser krävs.	All personal involveras.	Palliativ registret

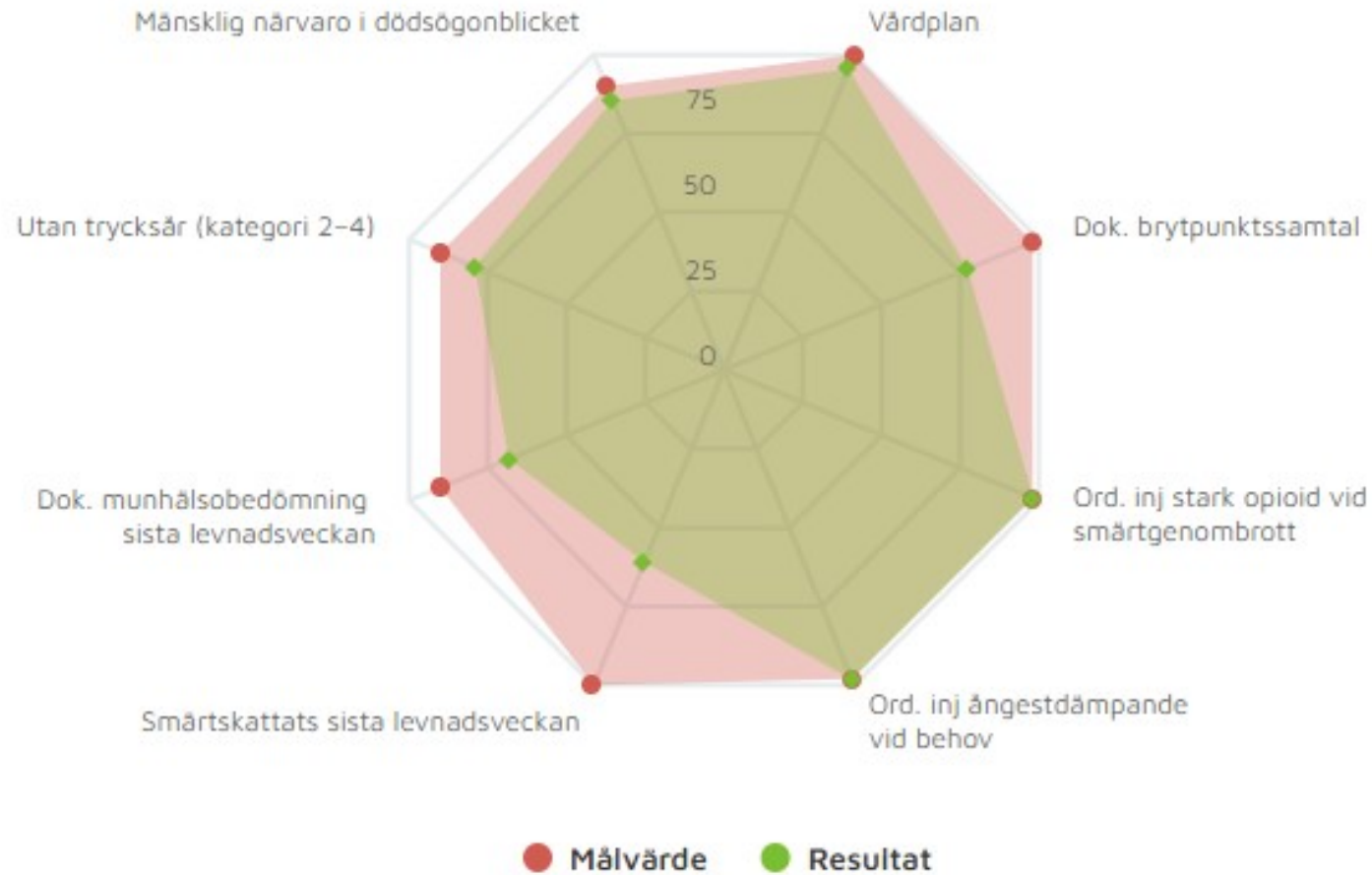
<sup>25</sup> SveDem – Svenska Demensregistret, nationellt kvalitetsregister för kognitiva sjukdomar

<sup>26</sup> Pc – penicillin/antibiotika

Område	Mål	Resultat (anger andel år 2023)	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
		spindeldiagram sida 24, urval; visar särskilt boende och kortvårdsplats.					
- BPSD	År/ Tertial	Registreringar/ skattningar 194 (201)	I jämförelse med förra årets skattningar 201 har resultatet minskat (en enhet har exklude- rats från resultatet)	Öka antalet person- registreringar i regist- ret.	Uppdatering av admi- nistratör/ansvarig demenssjuksköterska på kommunnivå	Alla demensenheter inom särskilt boende för äldre samt enheter som har behov av arbetssättet ska an- vända sig av person- centrerade och individpassade åtgärder	BPSD regist- ret

# Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2023-01 - 2023-12



## Kvalitetsberättelse 2023

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden fastställer kvalitetsberättelsen för 2023.

### Sammanfattning av ärendet

Enligt gällande styrdokument *Ledningssystem för kvalitet för vård- och omsorgsförvaltningen* ska en kvalitetsberättelse upprättas årligen.

I kvalitetsberättelsen framgår hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts.

Kvalitetsarbetet redovisas på en förvaltningsövergripande nivå.

### Ärendets handlingar

- Kvalitetsberättelse 2023 för vård- och omsorgsförvaltningen.

Anna-Lena Ramstedt  
Förvaltningschef

Aina Hollertz  
Kvalitetscontroller

Beslutet skickas till: Intranätet, akten

# Kvalitetsberättelse

# 2023

## Vård- och omsorgsförvaltningen

Dnr: VON/2024:14-1.5.2

Datum: 2024-02-16

Handläggare: Aina Hollertz

# Sammanfattning

Vård- och omsorgsförvaltningen sammanfattar årligen det systematiska förbättringsarbetet enligt SOSFS 2011:9 i en *kvalitetsberättelse*.

SOSFS 2011:9 berör den lagstadgade skyldigheten för verksamheten att följa ett kvalitetsledningssystem och den dokumentationsskyldighet som finns kring förbättringsarbetet. Kvalitetsberättelsen ger svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits, vilka resultat som uppnåtts samt vilka förbättringsområden som uppmärksammats.

Ett prioriterat område under 2023 var införande av ett digitalt ledningssystem (2c8) som visuellt beskriver huvud-, stöd-, och ledningsprocesser. Detta omfattande arbete fortsätter under 2024. En central faktor för att utveckla vård och omsorg är en bättre förmåga att utnyttja digitaliseringens möjligheter. Hittills visualiserade processer har gjorts tillgängliga på Intranätet för samtliga medarbetare inom förvaltningen. Visualiserade processer ger förutsättningar att se hela arbetsflöden och hur olika delar påverkar varandra och bidrar till helheten. För att kunna säkra verksamhetens kvalitet är följsamhet till processerna och rutinerna en viktig del. IT-stödet ska bidra i utvecklingen till en processororienterad verksamhet.

Synpunkter och avvikelser är viktiga redskap för att få kunskap om hur väl processerna fungerar. Att kontrollera eget utfört arbete, identifiera och rapportera fel, brister och avvikelser ska vara en självklar del av det dagliga arbetet. Detta är en förutsättning för att i nästa led kunna arbeta med förbättringar av processerna. Vid granskning av avvikelser som registrerats som synpunkt/klagomål under år 2023 konstaterar förvaltningen att de är blandade till sitt innehåll. I många fall handlar det om att brukare av olika orsaker inte varit nöjda med insatserna, exempelvis att besök blivit försenade eller att serviceinsatser som städning inte utförts korrekt. I några fall har anhängiga lämnat in skriftliga synpunkter/klagomål. I sex fall bedömdes de påtalade bristerna vara så allvarliga att utredningar om missförhållande enligt lex Sarah inleddes.

Summeringsmötet är ett förvaltningsövergripande forum för att belysa kvalitetsfrågor, avvikelser samt lex Sarah och lex Maria. Under 2023 genomfördes två summeringsmöten. Efter vårens summeringsmöte identifierades ett antal förbättringsområden. Åtgärder för att tillgodose identifierade behov togs fram. Bland annat workshops för enhetschefer med fokus på hantering av avvikelser och justeringar i verksamhetssystemet i syfte att enklare hitta träffsäkra åtgärder. Ytterligare en åtgärd är förändrade former för summeringsmötet i syfte att uppnå bättre dialog och samarbete mellan enhetschefer och legitimerad personal.

Under 2023 har metoden för verksamhetsuppföljning utvecklats. Instruktion och metodstöd finns baseras på, Ledningssystem för kvalitet och Program för uppföljning av privata utförare i Katrineholms kommun. Gällande lagar, förordningar, styrdokument, nationella nyckeltal och interna kvalitetsindikatorer ligger till grund för framtagande av kvalitetsmått och kriterier. Detta för att uppnå en godkänd nivå. Genomförda verksamhetsuppföljningar dokumenteras i en rapportmall och överlämnas till berörda chefer. Hur verksamheten jobbar vidare med åtgärder och framtagande av aktiviteter i kvalitetshöjande syfte blir således en diskussion inom respektive verksamhetsområde.

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>2</b>
<b>Innehåll .....</b>	<b>3</b>
<b>Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet .....</b>	<b>4</b>
Avisningsdokument .....	4
<b>Prioriterade områden under året .....</b>	<b>5</b>
Fortsatt utveckling av det digitala ledningssystemet .....	5
Årshjul för kvalitetsarbete.....	5
Registrering och hantering av avvikelser .....	5
Rapporteringsskyldigheten enligt lex Sarah.....	10
Synpunkter och klagomål .....	11
Verksamhetsuppföljningar .....	12
Kvalitetsutmärkelse .....	13
<b>Kommunens kvalitet i korthet .....</b>	<b>14</b>
Utredningstid LSS-insatser .....	14
Väntetid från ansökan till inflyttningsdatum.....	14
Personalkontinuitet hemtjänst .....	15
Brukartid hemtjänst äldreomsorg.....	15
<b>Resultatmål och indikatorer för en trygg vård och omsorg .....</b>	<b>16</b>
Svarsfrekvens brukarbedömning äldreomsorg.....	16
Svarsfrekvens brukarbedömning funktionsstöd .....	16
Nöjdhet/helhetssyn särskilt boende äldre .....	17
Nöjdhet/helhetssyn hemtjänst enskild regi .....	17
Nöjdhet/helhetssyn hemtjänst offentlig regi .....	17
Brukarbedömning gruppboende LSS .....	18
Brukarbedömning serviceboende LSS .....	18
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS .....	18
Brukarbedömning boende särskild service SoL .....	19
Brukarbedömning boendestöd SoL .....	19
Brukarbedömning sysselsättning SoL.....	19
Aktiviteter för brukare inom vård och omsorg .....	19
Måltiderna inom vård och omsorg.....	20
Delaktighet och inflytande.....	21
<b>Förbättringsområden för kommande år.....</b>	<b>22</b>

# Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet

Enligt Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, kap 7 § 1, bör den som bedriver socialtjänst (SoL) eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse. Förvaltningskontoret på vård- och omsorgsförvaltningen sammanfattar därför årligen det systematiska förbättringsarbetet. SOSFS 2011:9 berör den lagstadgade skyldigheten för verksamheten att följa ett kvalitetsledningssystem och den dokumentationsskyldighet som finns kring förbättringsarbetet.

## Varför ett ledningssystem för kvalitet?

Kvalitetsledningssystemet är arbetssättet som används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska:

- Vara anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning.
- Bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet.
- Stödja verksamhetens arbete med att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Koppla ihop styrning med det vardagliga arbetet.
- Vara ledningens och verksamhetens verktyg för att säkerställa och bibehålla kvalitet i arbetet samt lägga grunden för en lärande organisation.
- Skapa systematik, struktur och samordning i verksamhetens kvalitetsarbete.
- Skapa värde för dem vi finns till för på det mest effektiva sättet.
- Skapa förutsättningar för att rapportera, utreda, åtgärda och förebygga händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser.

## Avisningsdokument

Den 24 februari 2022 antog vård- och omsorgsnämnden det reviderade anvisningsdokumentet *Ledningssystem för kvalitet* (Dnr: VON/2021:75-012). Dokumentet innehåller vård- och omsorgsförvaltningens organisation, definition av kvalitetsbegreppet, ledningssystemets grundläggande uppbyggnad samt vad det innebär. Dokumentet omfattar även ansvar och roller, personalens medverkan i kvalitetsarbete och förbättringshjulet (planera, genomföra, följa upp och förbättra). Dokumentet i sin helhet finns på kommunens webbsida [Ledningssystem för kvalitet vård och omsorgsförvaltningen \(katrineholm.se\)](https://www.katrineholm.se/ledningssystem-for-kvalitet-vard-och-omsorgsforvaltningen)



# Prioriterade områden under året

## Fortsatt utveckling av det digitala ledningssystemet

Under 2023 har arbetet fortsatt med att utveckla IT-stödet som visualiserar de processer och rutiner som utgör grunden för en personcentrerad vård- och omsorg med god kvalitet (individanpassad, jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig). Den 1 februari 2023 publicerade vård- och omsorgsförvaltningen det digitala ledningssystemet (2c8) på Intranätet. Ledningssystemet används för att säkra kvalitet, planera och utveckla verksamheter. Där finns samlad information om i vilken ordning arbetsuppgifter ska utföras, vem som gör vad och hur vi ska arbeta tillsammans. Med stöd av processkartor kan medarbetare följa hur olika insatser och aktiviteter påverkar varandra och i vilken ordning de ska utföras. Där kommer även rutiner, riktlinjer, blanketter och övriga styrdokument att finnas. Under en övergångsperiod kommer rutiner, riktlinjer, blanketter och övriga styrdokument även att finnas under sidan "Min förvaltning VOF", Riktlinjer och rutiner.

IT-stödet syftar till att vara en hjälp i arbetet med att leda, planera, kontrollera och följa upp verksamheten med syftet ständiga förbättringar och kvalitet. Det synliggör vad som ska ske, när och hur det ska ske. Det ska vara lätt att göra rätt. Processerna och rutinerna utgör den viktigaste delen av ledningssystemet (SOSFS 2011:9) för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.

## Årshjul för kvalitetsarbete

I arbetet med att leva upp till de krav som SOSFS:en 2011:9/*Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* ställer på verksamheten är digitala årshjul ett systemstöd som syftar till att underlätta arbetet. Under året har årshjul tagits fram för:

- Dokumentationsstödjare
- Sjuksköterskor
- Verksamhetsuppföljning LOV (Lag om valfrihetssystem)
- Strategi- och utvecklingsgruppen
- Kvalitet och patientsäkerhetsarbete – chefer.

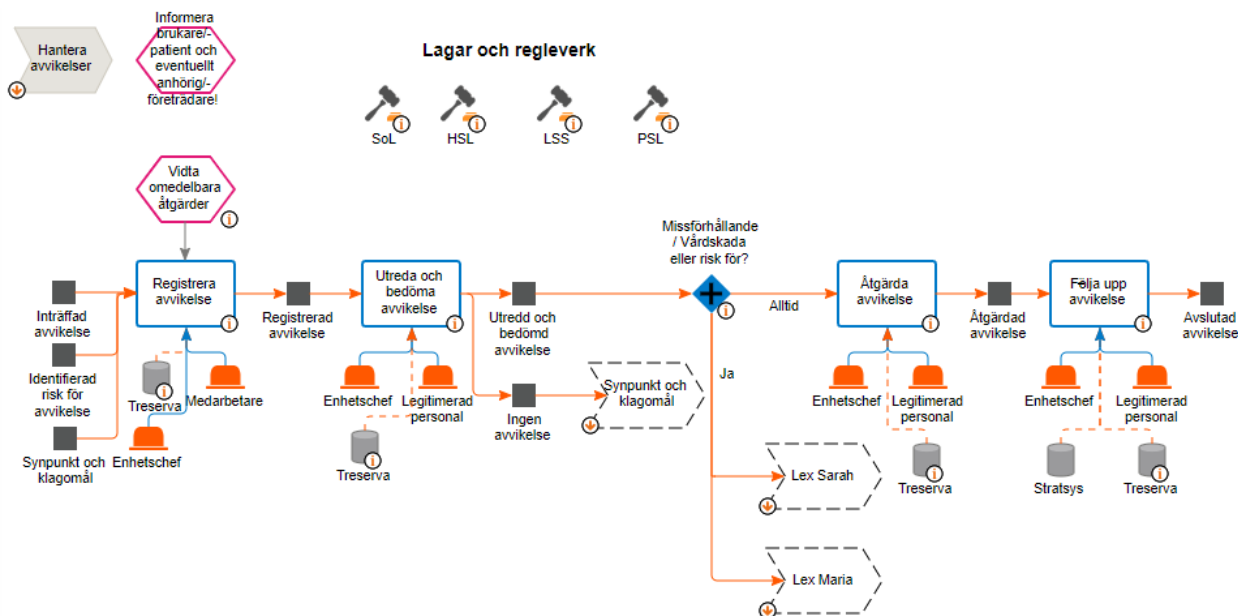
Cheferna redovisar kvalitetsarbetet utifrån årshjulet i månadsrapporten (Stratys). Några exempel på vad som ska redovisas är egenkontroller, riskanalyser, enkätundersökningar, teamträffar, kvalitetsråd, värdegrundsarbete, idélådan och verksamhetsuppföljning.

## Registrering och hantering av avvikelser

Synpunkter och avvikelser är viktiga redskap för att få kunskap om hur väl processerna fungerar. Att kontrollera eget utfört arbete, identifiera och rapportera fel, brister och avvikelser ska vara en självklar del av det dagliga arbetet. Detta är en förutsättning för att i nästa led kunna arbeta med förbättringar av processerna. Alla rapporterade avvikelser, missförhållanden (lex Sarah) samt vårdskador (lex Maria) ska utredas, dokumenteras och avhjälpas eller undanröjas. Åtgärder ska vidtas så att liknande händelser inte inträffar igen i verksamheten.

## Visualiserad process för hantering av avvikelser i det digitala ledningssystemet (2c8)

En förutsättning för medarbetares delaktighet i kvalitetsarbetet är att det finns ett ledarskap som uppmuntrar till avvikelserapportering. När en avvikelse inträffar ska det som har blivit fel åtgärdas så snabbt som möjligt. För att förebygga att liknande avvikelse inte upprepas ska avvikelser utredas och bakomliggande orsaker kartläggas med utgångspunkt från aktuell process. Dokumentationen sker i förvaltningens digitala avvikelssystem (Treserva).



## Sammanställning av avvikelser 2023

En avvikelse är ett samlingsbegrepp för negativa händelser som inte är förväntade. En avvikelse uppstår om:

- Verksamheten inte når upp till kvalitet, det vill säga inte efterlever krav och mål som finns för verksamheten.
- Medarbetarna inte arbetar i enlighet med beslutade processer och rutiner.

En avvikelse enligt den här definitionen är någonting som påverkar eller riskerar att påverka en brukare. Om till exempel en personal har dåligt bemötande mot en brukare, eller om det sker någonting mellan två brukare, rapporteras det här. Däremot ska saker som påverkar personal, till exempel brister i arbetsmiljöförhållanden, inte rapporteras här utan som *tillbud* eller *arbets-skador*, i ett annat system.

Totalt antal avvikelser inom samtliga lagrum (SoL, LSS, HSL)

Hanteringsfas för avvikelsern	Antal
Ny	799
Utredd	174
Bedömd	155
Åtgärdas	462
Följs upp	54
Avslutad med åtgärd	202
Avslutad med åtgärd och uppföljning	3 112
Avslutad utan åtgärd	3
<b>Totalsumma</b>	<b>4 961</b>

I tabellen framgår vilket läge av hantering avvikelserna är i verksamhetssystemet. Med ny menas att avvikelsen inte har öppnats. Utredd betyder att den öppnats och hantering påbörjats. Bedömd innebär att ansvarig mottagare bland annat bedömt allvarlighetsgrad och sannolikhet för upprepande. Åtgärdas betyder att en eller flera åtgärder registrerats för avvikelsen i verksamhetssystemet men att den ännu inte följts upp eller avslutats. Följs upp innebär att åtgärderna genomförts men ännu inte följts upp. Avslut kan göras på tre olika sätt. Avslutad med åtgärd, avslutad med åtgärd och uppföljning samt avslutad utan åtgärd.

*Totalt antal avvikelser per månad inom samtliga lagrum (SoL, LSS, HSL)*

År-månad	Totalsumma	Varav avslutade	Ej bedömd	Varav % ej bedömd
2023-1	399	354	21	5,26%
2023-2	313	285	12	3,83%
2023-3	347	311	17	4,90%
2023-4	374	332	14	3,74%
2023-5	346	284	25	7,23%
2023-6	395	343	21	5,32%
2023-7	406	323	27	6,65%
2023-8	442	322	57	12,90%
2023-9	401	229	112	27,93%
2023-10	467	242	144	30,84%
2023-11	545	186	215	39,45%
2023-12	526	106	308	58,56%
<b>Totalsumma</b>	<b>4 960</b>	<b>3 317</b>	<b>973</b>	<b>19,61%</b>

*Antal avvikelser inom respektive verksamhetsområde och lagrum.*

Verksamhetsområde	Lagrum LSS	Lagrum HSL	Lagrum SoL	Lagrum LSS/HSL	Lagrum SoL/HSL	Ej bedömda
Hälsa- och sjukvård	0	118	3	5	1	9
Funktionsstöd	338	425	128	44	3	55
Särskilt boende för äldre	0	808	755	0	62	334
Hemtjänst offentlig regi	0	495	633	0	76	562
Hemtjänst enskild regi	0	64	27	0	2	13
<b>Totalt</b>	<b>338</b>	<b>1 910</b>	<b>1 546</b>	<b>49</b>	<b>144</b>	<b>973</b>

Totalt antal avvikelser för lagrum SoL, LSS, LSS/HSL, SoL/HSL är 2 077. Av dessa är 130 risk för avvikelse (dvs. ej avvikelse).

### Andel LOV-utförare offentlig respektive enskild regi

LOV-utförare	2019	2020	2021	2022	2023
Offentlig regi	68,4%	71,7%	73,7%	76,2%	78,4%
Enskild regi	31,6%	28,3%	26,3%	23,8%	20,2%

Vid årsskiftet fanns fem utförare av hemtjänst det vill säga kommunal hemtjänst samt fyra utförare i enskild regi. Två av utförarna i enskild regi erbjuder enbart serviceinsatser och två erbjuder både service- och omvårdnadsinsatser. Utförare i enskild regi motsvarar cirka 20,2 procent av all hemtjänst. De brukare som inte väljer utförare tilldelas kommunen som utförare av hemtjänst.

### Områden med flest avvikelser samt vanligaste åtgärderna

När avvikelser bearbetas sätts en eller flera åtgärder i verksamhetssystemet. De åtgärder som finns att välja mellan är under revidering för att bli tydligare och mer användbara. I samband med att en åtgärd läggs in, särskilt om det rör mer allvarliga händelser, skall den som bearbetar avvikelserna kommentera vad åtgärden innebär och vad den syftar till.

#### Områden med flest avvikelser under 2023 samt vanligaste åtgärderna för respektive avvikelsområde (fallande skala)

Funktionsstöd (lagrum LSS/SoL)			
Avvikelseområde	Antal	Åtgärder	Antal
Insatser/omvårdnad	167	Utredning/information i arbetsplatsforum	83
		Ändrad bemanning	41
Våld och övergrepp	64	Utredning/information i arbetsplatsforum	23
		Ändrat arbetssätt/lokal rutin	7
Organisation/arbetsrutiner	44	Utredning/information i arbetsplatsforum	21
		Ändrat arbetssätt/lokal rutin	7

#### Områden med flest avvikelser under 2023 samt vanligaste åtgärderna för respektive avvikelsområde

Hemtjänst offentlig regi (lagrum SoL)			
Avvikelseområde	Antal	Åtgärder	Antal
Fall	411	Andra trygghetsskapande åtgärder för brukare/patient	212
		Kontakt sjuksköterska	51
Insatser/omvårdnad	84	Utredning/information i arbetsplatsforum	20
		Andra trygghetsskapande åtgärder för brukare/patient	14
Klagomål/synpunkt	35	Andra trygghetsskapande åtgärder för brukare/patient	8
		Enskilt samtal	6

Områden med flest avvikelser under 2023 samt vanligaste åtgärderna för respektive avvikelseområde

<b>Hemtjänst enskild regi (lagrum SoL)</b>			
<b>Avvikelseområde</b>	<b>Antal</b>	<b>Åtgärder</b>	<b>Antal</b>
Fall	11	Kontakt SoL/LSS handläggare	2
		Extra tillsyn av brukare/patient	2
Insatser/omvårdnad	4	Enskilt samtal, Utredning lex Maria, Utredning lex Sarah	1
		Ändrad bemanning	1
Klagomål/synpunkt	3	Kontakt God Man/förvaltare/företrädare	2
		Utredning/information i arbetsplatsforum, Översyn av/förändring i verksamhets-/planeringssystem, Kontakt God Man/förvaltare/företrädare	1

Områden med flest avvikelser under 2023 samt vanligaste åtgärderna för respektive avvikelseområde

<b>Särskilt boende för äldre (lagrum SoL)</b>			
<b>Avvikelseområde</b>	<b>Antal</b>	<b>Åtgärder</b>	<b>Antal</b>
Fall	483	Kontakt sjuksköterska	194
		Vårdprevention fall	31
Fysisk miljö, utrustning och teknik	100	Andra trygghetsskapande åtgärder för brukare/patient	26
		Utredning/information i arbetsplatsforum	12
Insatser/ omvårdnad	77	Utredning/information i arbetsplatsforum	14
		Andra trygghetsskapande åtgärder för brukare/patient	9

Områden med flest avvikelser under 2023 samt vanligaste åtgärderna för respektive avvikelseområde

<b>Samtliga verksamheter (lagrum SoL/HSL, LSS/HSL)</b>			
<b>Avvikelseområde</b>	<b>Antal</b>	<b>Åtgärder</b>	<b>Antal</b>
Fall	91	Kontakt sjuksköterska	18
		Andra trygghetsskapande åtgärder för brukare/patient	16
Insatser/omvårdnad	30	Utredning/information i arbetsplatsforum	6
		Kontakt sjuksköterska	4
Läkemedel	22	Utredning/information i arbetsplatsforum	11
		Handledning/Utbildning för arbetsgrupp/enskild medarbetare	2

### Beskrivning av ovan nämnda avvikelseområden

- Insatser/omvårdnad är olika avvikelser som till exempel rör att insatser blivit försenade eller uteblivit.
- Våld och övergrepp är ett område som innefattar både sådant som fysiska, psykiska och ekonomiska övergrepp där en brukare blir utsatt.
- Organisation/arbetsrutiner rör avvikelser som är relaterade till exempelvis bristande rutiner, bemanning och samverkan.
- Fall utan skada rapporteras som avvikelser i syfte att ta fram fallförebyggande åtgärder. Detta hanteras även i kvalitetsregistret Senior Alert. Fall som medfört en kroppsskada registreras som hälso- och sjukvårdsavvikelse.
- Klagomål och synpunkter rör sådant som kommit in från brukare eller utomstående till förvaltningen.
- Fysisk miljö, utrustning och teknik handlar framförallt om larm men kan även röra annan välfärdsteknik eller den fysiska omgivningen.
- Läkemedel innefattar alla typer av brister som kan uppstå med koppling till mediciner.

### Avvikelser systematiskt brandskyddsarbete (SBA) och brandlarm

Under 2023 har sammanlagt 12 avvikelser kring systematiskt brandskyddsarbete (SBA) lämnats in till brandskyddssamordnaren. Hälften av dessa avvikelser har handlat om rökning på platser som ej är tillåtna. Cirka 30 procent avser avvikelser kring matlagning. Inga skador på personer eller fastigheter har anmälts i samband med dessa.

Åtgärder för att minska dessa avvikelser är att:

- Säkerställa att personalen har gått grundläggande brandutbildning
- Personalen är insatta i enhetens SBA-arbete
- Fortsätta informera och motivera de boende till ändrade vanor och rutiner avseende brandskydd.

### Rapporteringskyldigheten enligt lex Sarah

All personal inom förvaltningen har en rapporteringskyldighet enligt lex Sarah. Utredare på förvaltningen utreder lex Sarah-rapporterna. Verksamhetschef för förvaltningskontoret har delegation från vård- och omsorgsnämnden att fatta beslut vid missförhållanden eller påtaglig risk för missförhållande enligt lex Sarah. Utredningen ska avslutas med en bedömning om det inträffade är ett missförhållande eller risk för missförhållande samt om det är av allvarlig karaktär och i så fall göra en anmälan till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

### Antal missförhållanden eller risker för missförhållanden enligt lex Sarah

Allvarlighetsgrad	2019	2020	2021	2022	2023
Allvarligt missförhållande	4	2	3	3	1
Påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande	1	0	0	0	0
Missförhållande	7	2	2	3	5
Påtaglig risk för ett missförhållande	0	0	2	2	2
<b>Totalt</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>8</b>

### Antal genomförda utredningar enligt lex Sarah där det rapporterade inte bedömts som ett missförhållande eller påtaglig risk för ett missförhållande

År	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Totalt</b>	5	5	4	8	3

Under år 2023 inkom 58 lex Sarah-rapporter. Lex Sarah-rapporter är avvikelser där personal angett i verksamhetssystemet att avvikelsen *kan* vara föremål för en lex Sarah utredning. Av dessa behövde flertalet inte utredas enligt lex Sarah, då händelserna inte utgjorde missförhållanden.

Sammantaget har förvaltningen gjort 11 Lex Sarah-utredningar. Lex Sarah ärendena under 2023 har handlat om brister i utförandet av insats, utebliven insats, bemötande, samt ekonomiskt övergrepp (stöld).

Summeringsmöten för lärande och erfarenheter av kvalitetsarbete utgör en viktig del i arbetet med avvikelser och lex Sarah. Summeringsmötet är ett förvaltningsövergripande forum för att belysa kvalitetsfrågor avvikelser samt lex Sarah och lex Maria. Under 2023 genomfördes två summeringsmöten, ett under våren och ett under hösten. Efter vårens summeringsmöte identifierades ett antal förbättringsområden. Åtgärder för att tillgodose identifierade behov togs fram. Bland annat workshops för enhetschefer med fokus på hantering av avvikelser och justeringar i verksamhetssystemet i syfte att enklare hitta träffsäkra åtgärder. Ytterligare en åtgärd är förändrade former för summeringsmötet i syfte att uppnå bättre dialog och samarbete mellan enhetschefer och legitimerad personal.

### Synpunkter och klagomål

Synpunkter och klagomål rör sådant som kommit in från brukare eller utomstående till förvaltningen. De skall i första hand lämnas via kommunens övergripande system för klagomål och synpunkter. Rubriken finns också i den vanliga avvikelserapporteringen, för att till exempel personal ska kunna vidarebefordra sådant som de fått till sig i arbetet. Även de synpunkter/ klagomål som kommer in via synpunktshanteringen och är kopplade till brukarärenden, läggs in i verksamhetssystemet för att de ska kunna bearbetas och följas upp där av ansvarig chef.

Område	Antal registrerade synpunkter och klagomål
Funktionsstöd särskilt boende	9
Funktionsstöd övriga insatser	1
Särskilt boende för äldre	16
Hemtjänst intern	34
Hemtjänst externt	6

Närmre granskning av avvikelser som registrerats som synpunkt/klagomål visar att de är blandade till sitt innehåll. I många fall handlar det om att brukare av olika orsaker inte varit nöjda med insatserna, exempelvis att besök blivit försenade eller att serviceinsatser såsom städning inte utförts korrekt. Ett antal kan också bedömas vara felaktigt registrerade som synpunkt/klagomål. Med detta menas att det rör sig om avvikelser som snarare borde registrerats under sin egen kategori i verksamhetssystemet, exempelvis som en läkemedelsavvikelse. I några fall har anhöriga till brukare lämnat in skriftliga synpunkter/klagomål. I sex fall bedömdes de påtalade bristerna vara så allvarliga att utredningar om missförhållande enligt lex Sarah inleddes.

## Verksamhetsuppföljningar

Instruktion och metodstöd för uppföljning av verksamhet finns nu tillgängligt i det digitala ledningssystemet (2c8). Instruktion och metodstöd baseras på, Ledningssystem för kvalitet (VON/2021:75-012) och Program för uppföljning av privata utförare i Katrineholms kommun (KF/2016-11-21, § 174). Gällande lagar, förordningar, styrdokument, nationella nyckeltal och interna kvalitets indikatorer ligger till grund för framtagande av kvalitetsmått och kriterier för att uppnå en godkänd nivå. Genomförda verksamhetsuppföljningar dokumenteras i standardiserad rapportmall. 2023 års verksamhetsuppföljning har omfattat följande enheter:

- Barn och ungdom (fritids och korttidsverksamhet)
- Dufvegårdens särskilda boende för äldre (säbo)
- Vallgårdens säbo
- Lycka Omsorg
- ProVerde assistans
- Oliva hemomsorg.

Varje uppföljning har omfattats av en datainsamling som kompletterats med kvalitativa frågor som ställts till respektive ansvarig chef samt medarbetare. En sammanställning av frågorna och kravuppfyllelse har genomförts. Uppföljningarna har på detta sätt bidragit till att visualisera en ögonblicksbild av de aktuella enheterna.

Kvalitetskriterierna som ingår i uppföljningarna bedöms och redovisas enligt följande:

Godkänd	
Delvis godkänd med förbättringsbehov	
Inte godkänd med brister som kräver åtgärdsplan	

När sammanställningarna helt slutförts får ansvarig chef en resultatrapport. I resultatrapporten framgår det eventuella brister och förbättringsområden som rekommenderas eller kräver åtgärder. Resultaten har sammanställts baserat på de mål (kravuppfyllelse som antagits i instruktionen) samt en sammanvägning av svaren på kvalitativa frågor.

### Mönster och trender

Förutsättningarna har varit olika då verksamhetsuppföljningarna omfattat olika verksamhetsområden. Metoden som använts har dock kunnat tillämpas likvärdigt. Förutsättningarna har även skiljt sig så till vida att privata utförare av hemtjänst har haft färre brukare än utförarna i egen regi.

Samtliga enheter har lämnat in resultat på begäran och uppföljningsteamet har känt sig väl mottagna av de utförare som följts upp. Uppfattningen är att uppföljningsmetoden har kunnat bidra till att visualisera möjligheter till dialog och identifiera förbättringsområden inom verksamheterna. Ur ett helhetsperspektiv för verksamhetsuppföljningarna 2023 identifierades följande gemensamma utvecklingsområden:

- Värdegrund

Samtliga utförare har uppgett att de har ett kontinuerligt arbete kring värdegrund, däremot framträdde ett mönster kring svårigheter att definiera innehållet och specifika team för arbetet. Dessa svårigheter kan tolkas ha ett samband med avvikelser rörande bristande delaktighet, brister i bemötande och utformning av personcentrad omsorg.



- Informationssäkerhet

Genomförda verksamhetsuppföljningar har även bidragit till att konstatera att rutin och metod för egenkontroll/ loggkontroll för informationssäkerhet behöver förtydligas inom vård och omsorgsförvaltningen.

- Dokumentation och genomförandeplaner

Dokumentation enligt socialtjänstlagen var ett område som de flesta utförarna anser behöver förbättras. Inom äldreomsorgen identifierades främst genomförandeplaner vara ett förbättringsområde.

## Kvalitetsutmärkelse

Sex nomineringar kom in under nomineringstiden den 1 januari-12 april 2023. Utifrån syftet/ kriterierna tog vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp fram förslag på mottagare av året kvalitetspris. 2023 års kvalitetsutmärkelse delades ut till stödpedagog Linn Gotthardsson med följande motivering:

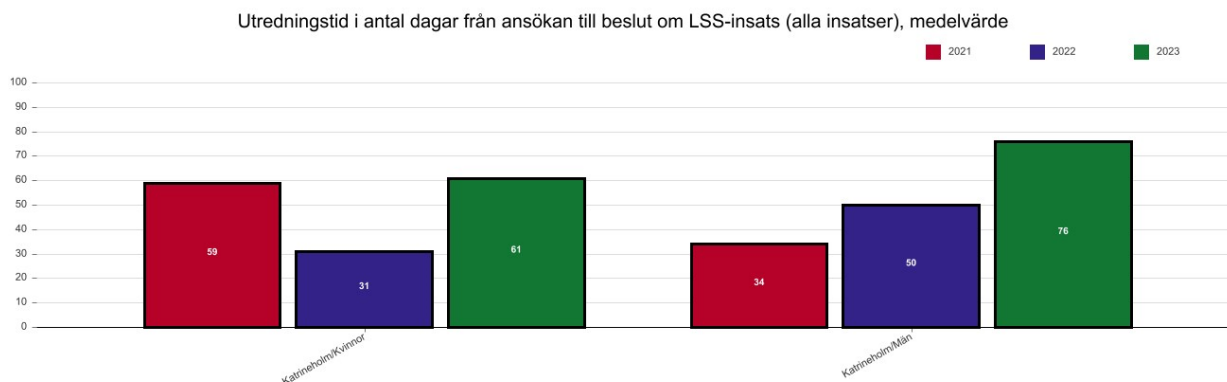
”Linn arbetar flitigt med kvalitet och handledning inom funktionsstöd för att brukarna ska få det bästa individuella bemötandet och en fin vardag. Linn är orädd och brinner för sitt jobb och för brukare och personal i verksamheten. Det driv Linn har visar på ett stort medarbetarengagemang som leder till kompetenshöjning och kvalitetsförbättring i området.”

Syftet med kvalitetsutmärkelsen är att ta tillvara idéer från medarbetare som ser förbättringsmöjligheter i vardagen. Det kan vara kloka lösningar som gagnar verksamheten och/eller de som vi är till för genom förbättrad kvalitet eller ökad måluppfyllelse. Utmärkelsen ges för åtgärder eller genomförbara idéer som leder till förbättringar. Det kan till exempel gälla förenkling av arbetsuppgifter, ökad kvalitet eller förbättrad organisation. Utmärkelsen ska utgöra ett bevis/uppmuntran för ett gott arbete, eller en god idé. Det kan till exempel vara ett förslag på en ny teknisk lösning eller en metod som sparar tid eller som ökar träffsäkerheten eller måluppfyllelsen i vården.

# Kommunens kvalitet i korthet

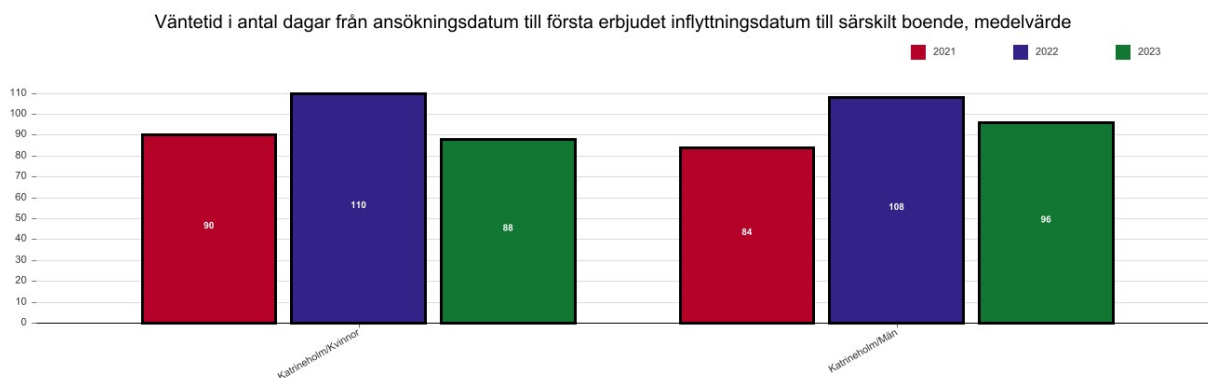
Syftet med Kommunens kvalitet i korthet (KKiK) är att redovisad statistik ska kunna jämföras med riket inom områden som är av stort intresse för invånarna. Förvaltningens inrapportering till KKiK baseras på uppgifter från intern statistik samt statistik från brukar- och enhetsundersökningar. Mer information om nyckeltalen finns att ta del av på [Kolada](#).

## Utredningstid LSS-insatser



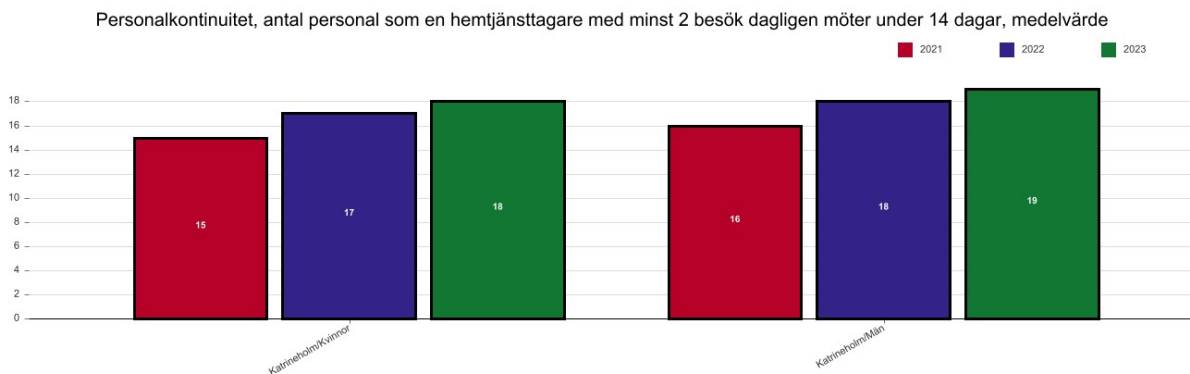
Genomsnittligt antal dagar som gått mellan ansökan och beslut om LSS-insats, alla insatser. Avser alla beslut om LSS-insats under årets 6 första månader (minimum 4 beslut per insats) exklusive beslut om sjukvårdsassistans inom personlig assistans. Inkluderar även beslut som leder till avslag. Mer information om nyckeltalet finns att ta del av på [Kolada](#).

## Väntetid från ansökan till inflyttningsdatum



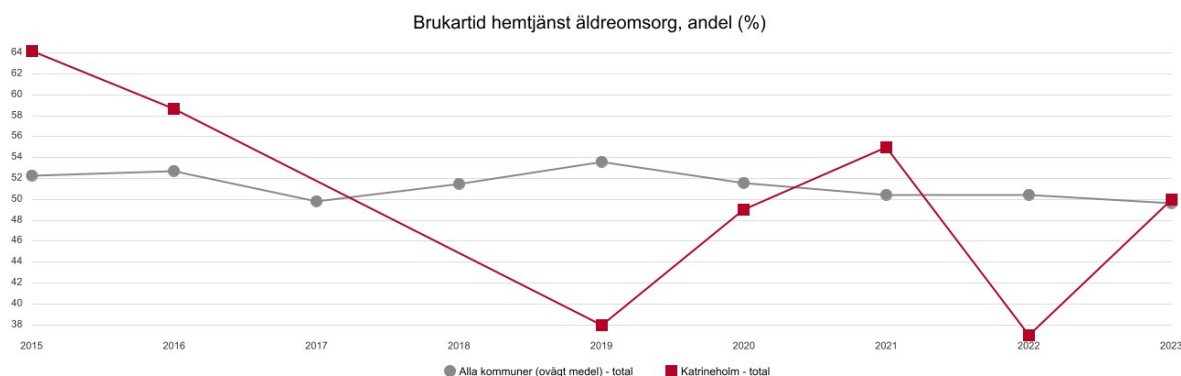
Medelvärde, antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum avseende särskilt boende inom äldreomsorg. Med ansökningsdatum avses det datum då ansökan om plats på särskilt boende kommer in till kommunen, oavsett om ansökan görs skriftligt eller muntligt. Avser ansökningar som bifallits. Med erbjudet inflyttningsdatum avses det datum då den enskilde enligt kommunens erbjudande har möjlighet att flytta in på ett särskilt boende, oavsett om den enskilde sedan väljer att flytta in eller inte. Avser samtliga utredningar avseende plats på särskilt boende som avslutades i kommunen under första halvåret, och som avsåg personer som vid tidpunkten för ansökan var 65 år eller äldre. Mer information om nyckeltalet finns att ta del av på [Kolada](#).

## Personalkontinuitet hemtjänst



Antal personal som en hemtjänsttagare möter under 14 dagar, medelvärde. trygghetslarm och matleveranser räknas ej. Mätningen avser tiden 07.00- 22.00. Hemsjukvårdspersonal redovisas inte. Brukare som inte bott i det egna hemmet under hela eller delar av mätperioden exkluderas ur mätningen. Mer information om nyckeltalet finns att ta del av på [Kolada](#).

## Brukartid hemtjänst äldreomsorg



Timmar utförd tid under oktober månad dividerat med timmar arbetad tid för anställda under oktober månad, multiplicerat med 100. Avser både hemtjänstpersonal, administrativ personal, chefer. Avser egen regi. Mer information om nyckeltalet finns att ta del av på [Kolada](#).

Resultatet är lågt i relation till den ekonomiska målsättningen för 2023. Detta beror bland annat på att det under året varit vakanser för enhetschefer samt ökad produktivitet i hemtjänsten. Under 2022 var det fler administrativa personer och enhetschefer vilket gör att brukartiden minskat, samt ett försämrat utförande (produktivitet) i hemtjänsten. Under 2021 var det färre administratörer, samordnare och chefer som jobbade mot hemtjänsten.

# Resultatmål och indikatorer för en trygg vård och omsorg

Varje år följs resultatmålen i aktuell kommunplan upp. Här följer en sammanställning av de indikatorer som faller inom ramen för en trygg vård och omsorg. Med undantag för indikatorn *Brukare inom hemtjänsten med biståndsbeslut om social samvaro/promenad* som följs upp av medborgarfunktionen, är källan för samtliga indikatorer brukar- och enhetsundersökningarna. Resultatet i sin helhet, svarsfrekvens samt förklarande information om respektive nyckeltal finns att ta del av på [www.kolada.se](http://www.kolada.se). För att få en överblick av resultat inom funktionsstödsområdet respektive äldreomsorgen finns ett färdigt urval under rubriken *Jämföraren*. Det går också att söka fritt och titta på resultatet över tid samt möjlighet att ställa resultatet i relation till övriga kommuner i Södermanland, liknande kommuner äldreomsorg eller liknande kommuner övergripande för att bara nämna några exempel. En del resultat redovisas även könsuppdelat. Här följer ett urval av resultatet. Vertikal svart linje visar Katrineholms kommuns resultat. Horisontell svart streckad linje visar resultatet för riket.

## Svarsfrekvens brukarbedömning äldreomsorg

Område	Antal svarande	Andel (%)	Svarat själv (%)
Hemtjänst	283	59	74
Särskilt boende äldre	149	43	59

Hemtjänst	Svarande (andel)
Olivia Hemomsorg	60% - 80%
Björkvik	60% - 80%
City	40% - 60%
Julita	60% - 80%
Norr	40% - 60%
Nävertorp/Söder	60% - 80%
Valla	40% - 60%
Öster	60% - 80%

Särskilt boende äldre	Svarande (andel)
Servicehus Igelkotten	60% - 80%
Servicehus Pantern	40% - 60%
Säbo Almgården	20% - 40%
Säbo Dufvegården	40% - 60%
Säbo Igelkotten	20% - 40%
Säbo Lövsågården	20% - 40%
Säbo Norrglantan	20% - 40%
Säbo Strandgården	40% - 60%

## Svarsfrekvens brukarbedömning funktionsstöd

Område	Antal svarande	Andel (%)
Gruppboendestöd LSS	69 av 107	64
Serviceboendestöd LSS	38 av 55	69
Daglig verksamhet LSS	150 av 285	53
Boende med särskild service SoL	13 av 41	32
Boendestöd SOL	40 av 90	44
Sysselsättning SoL	19 av 46	41

## Nöjdhet/helhetssyn särskilt boende äldre

Helhetssyn är baserad på andelen som svarat "Mycket nöjd eller ganska nöjd" på frågan: "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med ditt äldreboende". Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Andel mycket nöjd eller ganska nöjd 87 procent (data saknas för 4 områden).

## Nöjdhet/helhetssyn hemtjänst enskild regi

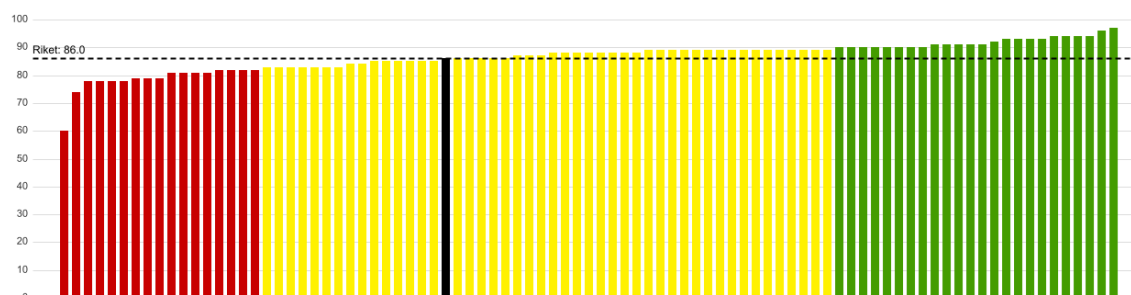
Helhetssyn är baserad på andelen som svarat "Mycket nöjd eller ganska nöjd" på frågan: "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med din hemtjänst". Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Andel mycket nöjd eller ganska nöjd 94 procent (data saknas för 201 områden).

## Nöjdhet/helhetssyn hemtjänst offentlig regi

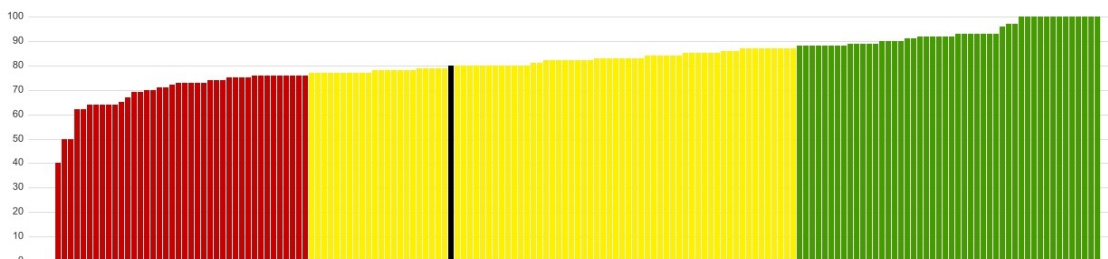
Helhetssyn är baserad på andelen som svarat "Mycket nöjd eller ganska nöjd" på frågan: "Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med din hemtjänst". Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Andel mycket nöjda eller ganska nöjda 86 procent (data saknas för 201 områden).

### Brukarbedömning gruppbostad LSS

Brukarbedömningen är baserad på antal personer boende i gruppbostad LSS som har svarat Ja på frågan *Får du den hjälp du vill ha hemma?* dividerat med samtliga personer boende i gruppbostad LSS som har besvarat frågan. Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel 80 procent (data saknas för 125 områden).

### Brukarbedömning servicebostad LSS

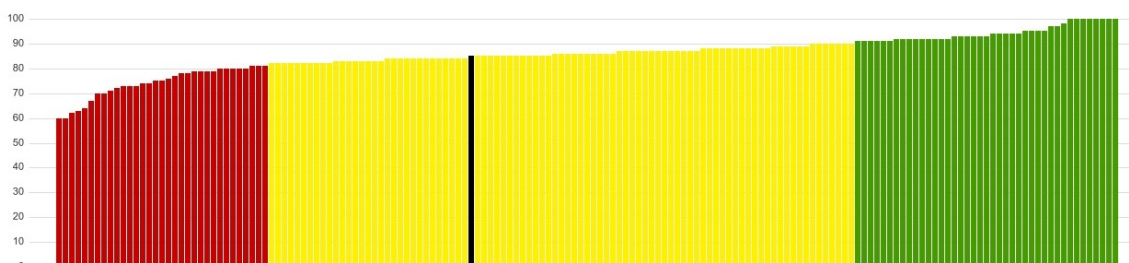
Brukarbedömningen är baserad på antal personer boende i servicebostad LSS som har svarat Ja på frågan *Får du den hjälp du vill ha hemma?* dividerat med samtliga personer boende i gruppbostad LSS som har besvarat frågan. Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel 79 procent (data saknas för 150 områden).

### Brukarbedömning daglig verksamhet LSS

Brukarbedömningen är baserad på antal personer i daglig verksamhet LSS som har svarat Ja på frågan *Får du den hjälp du vill ha i din dagliga verksamhet?* dividerat med samtliga personer boende i gruppbostad LSS som har besvarat frågan. Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel 85 procent (data saknas för 126 områden).

### Brukarbedömning boende särskild service SoL

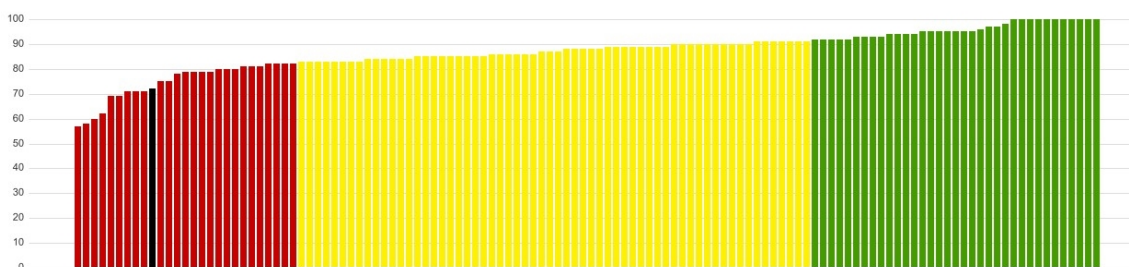
Brukarbedömningen är baserad på antal personer i boende särskild service SoL som har svarat Ja på frågan *Får du den hjälp du vill ha hemma?* dividerat med samtliga personer i boende särskild service SoL som har besvarat frågan.



Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel 85 procent (data saknas för 221 områden).

### Brukarbedömning boendestöd SoL

Brukarbedömningen är baserad på antal personer med boendestöd SoL som har svarat Ja på frågan *Får du den hjälp du vill ha hemma?* dividerat med samtliga personer med boendestöd SoL som har besvarat frågan. Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel 85 procent (data saknas för 166 områden).

### Brukarbedömning sysselsättning SoL

Brukarbedömningen är baserad på antal personer i sysselsättning SoL som har svarat Ja på frågan *Får du den hjälp du vill ha i din sysselsättning?* dividerat med samtliga personer i sysselsättning SoL som har besvarat frågan. Mer information finns att ta del av på [Kolada](#).



Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel 95 procent (data saknas för 231 områden).

### Aktiviteter för brukare inom vård och omsorg

I tabellen som följer redovisas andel personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende som på respektive fråga nedan angett att de är "Mycket nöjda" eller "Ganska nöjda". Svarsfrekvensen

kan inte räknas fram och redovisas då Socialstyrelsen inte publicerar uppgifter om hur många som fått enkäten. Mer information om nyckeltalen finns att ta del av på [Kolada](#).

Nyckeltal	Utfall 2022	Utfall 2023	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket 2023
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - sociala aktiviteter, andel (%)	67%	62%	65%	69%	58%
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - möjligheten att komma utomhus, andel (%)	64%	69%	60%	73%	56%

Det är viktigt att följa dessa indikatorer för att alla brukare ska få möjlighet till en meningsfull vardag med förutsättning för aktivitet. Deltagande i olika aktiviteter har flera positiva hälsoeffekter och spelar en viktig roll för till exempel möjligheten till delaktighet, gemenskap och social samvaro. De individuella genomförandeplanerna är en viktig grund för att ta reda på vilka aktiviteter varje enskild brukare vill ha. Det handlar även om att synliggöra och informera om aktiviteter som genomförs.

Nyckeltal	Utfall 2022	Utfall 2023	Utfall kvinnor	Utfall män
Brukare inom hemtjänsten med biståndsbeslut om social samvaro/promenad, andel (%)	43%	44%	30%	14%

Medborgarfunktionen följer årligen upp indikatorerna beviljade insatser av social tid och promenad inom hemtjänsten. Hemtjänst i detta sammanhang avser bistånd i form av "hemtjänst omvårdnad" och "hemtjänst service" med insatserna som ingår. Brukarna kan ha båda insatserna beviljade eller bara en av dem. Utöver hemtjänst finns insatserna avlösarservice och ledsagarservice dessa är inte inräknade.

Måttillfälle är 1 november 2023. Totalt har 603 personer, 232 män och 371 kvinnor haft biståndsbeslut om hemtjänst. Av dessa är det 44 procent som har biståndsbeslut social samvaro och/eller promenad, 30 procent av kvinnorna och 14 procent av männen. Andelen hemtjänsttagande kvinnor och män som har insatsen social samvaro/promenad är ganska lika mellan åren. Det är svårt att avgöra varför fler kvinnor än män har insatserna social tid och promenad, för det krävs en djupare analys. Från och med 2024 blir det förändringar i insatser. Ledsagning och promenad slås samman till en insats. Social tid kvarstår. En ny insats läggs till som heter ärenden som också kommer påverka dess siffror.

## Måltiderna inom vård och omsorg

I tabellen som följer redovisas andel äldre som svarar att maten smakar ganska eller mycket bra på sitt särskilda boende. Den redovisar också andel äldre som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende oftast eller alltid är en trevlig stund på dagen. Mer information om nyckeltalet finns att ta del av på [Kolada](#).

Nyckeltal	Utfall 2022	Utfall 2023	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket 2023
Äldre som svarar att maten smakar ganska/mycket bra på sitt särskilda boende, andel (%)	63%	71%	68%	75%	73%
Äldre som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende oftast/alltid är en trevlig stund på dagen, andel (%)	63%	65%	59%	77%	68%

På särskilt boende för äldre finns *måltidsombud*, omvårdnadspersonal som arbetar med att utveckla måltidssituationen. Maten och måltidsmiljön har stor betydelse för de äldres livskvalitet och välbefinnande. Den har också en viktig roll för att förebygga och/eller bromsa sjukdom och



ohälsa som undernäring. Att bli äldre kan medföra flera förändringar. Aptiten, känslan av hunger och törst minskar ofta jämfört med tidigare i livet. Smaksinnet försämras och olika sjukdomar och läkemedel kan också förändra aptiten. Det är ett kontinuerligt arbete att omsätta brukarnas individuella önskemål och behov i måltidssituationen.

Vardagliga rutiner och aktiviteter förändras även för den som blir äldre vilket gör att många behöver tänka annorlunda kring mat och måltider jämfört med tidigare i livet. Nyckeln till bra matvanor är mer mat från växtriket, lagom mycket och varierat. Genom att äta många olika sorters mat är det lättare att få i sig det kroppen behöver för att må bra. Genom att följa råden nedan väljer du mat som är bäst för kroppen. Den maten är dessutom generellt hållbar för vår miljö.

Service och teknikförvaltningen har tagit fram ett antal filmer, Mat och Hälsa, som ska inspirera och vägleda när det gäller mat och måltidssituationen i verksamheterna.

- [Mat för en god hälsa | Katrineholms kommun](#)
- [Mat är hälsa | Katrineholms kommun Intranät](#)

## Delaktighet och inflytande

Nyckeltal	Utfall 2022	Utfall 2023	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket 2023
Brukare med hemtjänst som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	86%	85%	85%	85%	84%
Brukare med hemtjänst som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får stöd, andel (%)	51%	56%	56%	54%	53%
Brukare inom särskilt boende som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	81%	80%	77%	86%	79%
Äldre inom särskilt boende som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen, andel (%)	54%	59%	54%	70%	57%

Inflytande och delaktighet är viktiga aspekter för att möjliggöra för den enskilde att själv påverka den egna livssituationen. Den enskildes medverkan är viktig både när vården och omsorgen ska planeras och när den utförs. Resultaten visar att det fortsatt finns ett utvecklingsarbete med att öka känslan av delaktighet för brukare inom förvaltningen. Det kan till exempel handla om att informera brukare om förändringar och att synliggöra och gå igenom genomförandeplanen när den är fastställd med brukare och eventuella anhöriga.

# Förbättringsområden för kommande år

Fortsätta utveckla och implementera det sammanhållna IT-stödet (2c8) för förvaltningens ledningsprocesser, huvudprocesser och stödprocesser med tillhörande lagar, regelverk och styrdokument.

Påbörja införandet av en särskild modul för SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i det kommungemensamma ledningssystemet (Hypergene).

Fortsätta utveckla det systematiska arbetet i enlighet med förbättringshjulet. Särskilt fokus på bearbetning och analys av avvikelser, lex Sarah, synpunkter och klagomål samt resultat från enhets- och brukarundersökningar.

Utöver det övergripande målet "Trygg omsorg och vård" prioriteras ett förbättrat resultat för följande områden:

- Andel med aktuell genomförandeplan
- Andel med genomförandeplan som innehåller dokumentation om personens delaktighet vid upprättandet
- Andel enheter som svarar att *rutin för hur personalen samarbetar med anhöriga* finns.

## Uppföljning av program för privata utförare 2023 - vård- och omsorgsnämnden

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner uppföljningen av privata utförare inom vård- och omsorgsförvaltningen för 2023 och överlämnar den till kommunstyrelsen.

### Sammanfattning av ärendet

Kommunen ska följa upp verksamhet som genom avtal lämnats över till en privat utförare. Genom avtalet ska kommunen tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnats över. Fokus bör läggas på eventuella avvikelser inklusive vidtagna/planerade åtgärder. Varje nämnd ska senast den 1 april sända in sin uppföljning till kommunstyrelsen för vidare behandling.

### Bakgrund

Vård- och omsorgsnämnden införde 2011 fritt val av utförare enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) inom hemtjänst.

Från och den 1 januari 2019 krävs också tillstånd hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att bedriva hemtjänst enligt socialtjänstlagen. Alla utförare är godkända av kommunen, samt har tillstånd att bedriva hemtjänst via IVO.

Under början av 2023 hade vård- och omsorgsförvaltningen fem utförare av hemtjänst i enskild regi.

- Städarna i Katrineholm Hemtjänst AB (org.nr 556753-44)
- Katrineholms hemservice AB (org.nr 556764-4876)
- Olivia Hemomsorg AB (org.nr 556919-6768)
- ProVerde Assistans AB (org.nr 556697-7954)
- Lycka Omsorg AB (org.nr 556919-6768).

Hemtjänstföretaget Städarna Katrineholm Hemtjänst AB avslutade sitt avtal den 9 september 2023. Berörda brukare informerades om Katrineholms kommuns olika utförare av hemtjänst i såväl enskild som offentlig regi. Samtliga berörda erbjöds att välja ny utförare. De som inte gjorde ett nyval erbjöds från den 1 oktober 2023 hemtjänst utförd av Katrineholms kommun.

Under 2023 inkom ansökan från Avancerad Omsorg Vård AB om att bli utförare enskild regi. Ansökan är godkänd av vård- och omsorgsnämnden från och med den 1 oktober 2023. Verksamhetschef för förvaltningskontoret skrivit avtal omfattande serviceinsatser, personlig omvårdnad och HSL-tjänster under tiden 6 november 2023 till och med 5 november 2024.

Avancerad Omsorg Vård har vid dagens datum ännu inte startat upp sin verksamhet i Katrineholm. Detta innebär att utföraren ännu inte är valbar.

I samband med årsskiftet ändrade ProVerde Assistans inriktningen på sitt avtal. Avtalet omfattar numera enbart serviceinsatser och gäller för år 2024.

## Förfrågningsunderlag

Förfrågningsunderlaget styr avtalet med utförarna inom LOV. Beställaren (Katrineholms kommun) ska kontinuerligt följa upp kvalitén i utförarens verksamhet.

Instruktion och metodstöd finns tillgängligt i det digitala ledningssystemet (2c8). Det baseras på styrdokumenteten *Ledningssystem för kvalitet* samt *Program för uppföljning av privata utförare i Katrineholms kommun*.

Gällande lagar, förordningar, styrdokument, nationella nyckeltal och interna kvalitetsindikatorer ligger till grund för framtagande av kvalitetsmått och kriterier för att uppnå en godkänd nivå. Uppföljningar av verksamheterna dokumenteras i standardiserad rapportmall.

## Avtalsuppföljning 2023

Under 2023 genomfördes verksamhetsuppföljning av utförare i enskild regi som erbjuder serviceinsatser, personlig omvårdnad och HSL-tjänster. Uppföljning gjordes därmed av Olivia Hemomsorg, ProVerde Assistans och Lycka Omsorg. Metoden bygger på analys och sammanställning av följande uppgifter:

- Personalförteckning, aktuell personalstat
- Avvikelser SoL/LSS
- Stickprovskontroller av social dokumentation
- Stickprovskontroller uppföljning av beslutade insatser
- Genomförda loggkontroller, informationssäkerhet
- Genomförda brandskyddsronder och riskbedömningar i boendemiljön
- Inrapportering till Socialstyrelsen årliga enkät om digitalisering
- Resultat genomförd brukarundersökning (nöjdhet)
- Resultat enhetsundersökning
- Ekonomi.

Intervjuer och datainsamling har skett i samverkan med enhetschef och medarbetare på enheten. Intervjuerna har bidragit till att ge en ögonblicksbild av arbetssätt samt har möjliggjort att frågor om inlämnade underlag har förtydligats och besvarats.

Resultat av uppföljningarna ska stimulera och uppmuntra till ständigt lärande och konstruktiv utveckling i organisationen. Genom analys och bedömning av måluppfyllelsen blir det tydligt vad som behöver åtgärdas.

Resultaten redovisas utifrån en tregradig skala; Godkänd (grön), delvis godkänd (gul) och ej godkänd (röd). Områden som fått gul markering rekommenderas åtgärder, röd markering kräver åtgärder. Ansvarig chef ska då inkomma med en åtgärdsplan.

Varje månad arbetar ekonomiassistent och ekonom aktivt med granskning av hemtjänstens fakturor. Det har under 2023 framkommit ett fåtal avvikelser gällande fakturerade timmar. Vi de tillfällen har kontakt omedelbart tagits med aktuell utförare för hantering av dessa.

Under 2023 har förvaltningen arbetat med att tydliggöra kraven i förfrågningsunderlaget. För att stärka arbetet med kvalitet och uppföljning infördes också ett digitalt årshjul för löpande verksamhetsuppföljning.

Anna-Lena Ramstedt  
Förvaltningschef

Aina Hollertz  
Kvalitetscontroller

Beslutet skickas till: Kommunstyrelsen, akten

## Förslag till yttrande över motion om att ta bort minutstyrning

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden ställer sig bakom vård- och omsorgsförvaltningens bedömning och sänder det till kommunledningsförvaltningen.
- Vård- och omsorgsnämnden föreslår att motionen ska avslås.

### Ärendebeskrivning

Kristdemokraterna har i en motion yrkat på att Katrineholms kommun tar bort minutschemat tillika minutstyrningen inom hemtjänsten under 2023/2024. I motionen hänvisas till ett uppdrag som nämndordföranden under 2018 gav till vård- och omsorgsförvaltningen om att se över schemaplanering för hemtjänsten och att den ej ska vara minutstyrd.

Motionen har sänts till vård- och omsorgsnämnden för yttrande. Yttrandet skall vara kommunledningsförvaltningen tillhanda senast den 5 mars 2024.

### Vård- och omsorgsförvaltningens bedömning

Uppdraget som motionen hänvisar till gavs till vård- och omsorgsförvaltningen under hösten 2018. Detta i samband med att översyn gjordes inom den interna hemtjänsten i Katrineholm. Sedan dess pågår ett utvecklingsarbete i flera delar gällande bemanning inom den interna hemtjänsten.

Att planera för hemtjänstinsatser innebär att ta hänsyn till brukares enskilda behov, en rättvis och säker hantering av ersättning till både interna och externa utförare samt en god arbetsmiljö för medarbetare. Detta är komplext och kräver ständig utveckling. Som grund i systemet och en viktig förutsättning för att kunna planera en dags insatser finns ungefärliga tider satta för hur lång tid en insats beräknas ta. Det innebär inte att det är den exakta tiden en insats skall ta, vid ett tillfälle kan insatsen ta mindre tid medan det vid ett annat tillfälle tar längre tid.

I Katrineholm används en modell där hemtjänsten får ersättning för den utförda tiden. Alltså den tid personalen faktiskt är hemma hos brukaren och exempelvis stödjer hemtjänsttagaren i en duschsituation. Även om det i planeringen finns angett en ungefärlig tid "Schablontid" så är det den faktiska tiden som sedan bokförs.

Förvaltningen har arbetat med och behöver fortsätta arbeta med att kommunikation skall vara bra mellan undersköterska/vårdbiträde, planerare och chefer. Budskapet till

verksamheten ska vara att schablontider inte handlar om att styra på minuten utan om att de finns där för att skapa förutsättningar för schemaplanering. I samspelet mellan undersköterska/vårdbiträde, planerare och chefer skapas förutsättningar för en hållbar planering där hänsyn tas till att en insats tar olika lång tid vid olika tillfällen och att det finns rimlig tid för förflyttning mellan olika insatser.

Ytterligare en förutsättning för att bemanning och planering skall fungera är att den personal som arbetar i verksamheten i första hand är tillsvidareanställd och känner brukarna väl. För att ge förutsättningar för det har vård- och omsorgsförvaltningen ett pågående arbete för att på ett bättre sätt kunna arbeta med samplanering mellan enheter och därigenom minska andelen timvikarier i verksamheten. Under det senaste året har även fast omsorgskontakt införts inom hemtjänsten. Målen för den fasta omsorgskontaktens arbete är att tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning.

Utifrån detta anser vård- och omsorgsförvaltningen att nuvarande system med schablontider och planering utifrån ungefärliga tider för insatser bör kvarstå och att pågående utvecklingsarbete inom hemtjänsten ändå går i den riktning som motionen avser.

### Ärendets handlingar

- Remissanvisning
- Remiss – Motion om att ta bort minutstyrningen i hemtjänsten.

Anna-Lena Ramstedt  
Förvaltningschef

Lars Hernevid  
Verksamhetsstrateg

Beslutet skickas till: Kommunledningsförvaltningen, akten



Katrineholm 2023-04-03

## MOTION

### Ta bort minutstyrningen i hemtjänsten!

Socialdemokraterna och Moderaterna ville ta bort minutschemat 2018. Nu har det gått över fyra år. När får vi se detta i verkligheten?

Utdrag ifrån Katrineholms Kuriren 14 augusti 2018. - *Majoriteten i vård- och omsorgsnämnden vill avskaffa minutschemat i hemtjänsten. Ordförande i vård- och omsorgsnämnden, Ulrica Truedsson (S) och vice ordförande, Christoffer Öqvist (M), lägger fram ett politiskt uppdrag från majoriteten i nämnden till vård- och omsorgsförvaltningen. Uppdraget går ut på att i september 2018 komma tillbaka med ett förslag över hur man kan göra schemaläggningssystemet tydligare och mer lättarbetat för personalen i kommunens hemtjänst.*

– *Vi i majoriteten vill avskaffa minutschemat i äldreomsorgen. Det handlar om att de äldre ska uppleva bättre vård och att personalen på hemtjänsten ska uppleva mindre stress på jobbet, säger Ulrica Truedsson. - Personalen upplever systemet som stressigt. Det är viktigt att de hinner med det de ska men även oväntade händelser som kan ske under en arbetsdag. Dessutom att de har restider som är rimliga, säger hon. De kommer genomföra arbetet vid sidan av det arbete som de redan gör med hemtjänsten just nu. Alla vill ju vara med och utveckla verksamheten så den blir så bra som möjligt. Det är viktigt att vi har ett fungerande system för ett av de viktigaste yrkena vi har, säger Ulrica.*

Hur kan majoriteten lova så stort och hålla så tunt? Vad är då minutschema? Minutstyrningen fick sitt genombrott när Lagen om valfrihetssystem, LOV, kom 2009. Det är en lag som, om en kommun vill använda den, ska göra det möjligt för den som behöver hemtjänst att välja mellan olika utförare. Att det har lett till minutstyrning beror på att kommunen vill kunna kontrollera hur tiden används.

Nu vet vi hur mycket tid det tar för hemtjänsten att utföra sitt jobb och därmed kan vi lägga ner minutstyrningen. Man kan alltid fråga sig varför en kommun som Katrineholm fortsätter att behålla detta system till varje pris? Det finns exempel på kommuner som lämnat minutstyrningen som lyfter boendets och personalens kvaliteter utan ökade kostnader pga. ex.vis lägre sjukskrivningskostnader.

Många som jobbar i den här typen av styrningsmodell känner sig uppenbarligen pressade och stressade. Och risken är att fler väljer att säga upp sig och det kan bli svårare att rekrytera hemtjänstpersonal. Enligt Kommunals undersökning förra året uppgav 40 procent av dem som arbetar enligt strikt minutschema att de inte vill arbeta kvar inom hemtjänsten om 3 år. 34 procent säger att de vill stanna inom samma yrke. Av dem som jobbade utan minutstyrning eller i mer flexibla minutmodeller svarade 56 procent att de vill arbeta kvar i samma yrke om 3 år.





I rapporten ["En hemtjänst att lita på – från stressiga minutscheman till hållbar tillitsstyrning"](#) analyserar Kommunal problemen och ställer en rad krav.

**Mer stress.** Bara 22 procent av de som arbetar enligt strikt minutstyrning upplever att de dagligen hinner utföra sina arbetsuppgifter på utsatt tid, jämfört med 43 procent för övriga styrningsmodeller.

**Sämre arbetsmiljö.** Av dem som arbetar på strikta minutscheman uppger 57 procent att de har svårt att ta en kopp kaffe eller gå på toa, 35 procent svarar att de har svårt att ta lunchrast varje dag. Det är dubbelt så högt som andelarna för andra modeller.

**Större risk för arbetsrelaterad ohälsa.** 50 procent av de som arbetar strikt minutstyrt är psykiskt trötta och drygt 60 procent är fysiskt trötta efter varje arbetsdag. Det är dubbelt så högt som andelarna för andra modeller.

**Mindre nöjda arbetstagare.** Bara 50 procent av de som arbetar enligt strikta minutscheman upplever att de är mycket nöjda eller ganska nöjda som arbetstagare. Motsvarande siffra är 80 procent för dem som arbetar efter andra modeller.

**Svårare att möta rekryteringsbehovet.** Av dem som arbetar på minutscheman uppger 40 procent att de inte vill arbeta kvar inom tre år.

**Välfärdens kvalitet undergrävs.** Av dem som arbetar på strikta minutscheman är det 30 procent som anser att de dagligen har förutsättningar att ge god omsorg och tillgodose de äldres behov. Motsvarande siffra är 61 procent för dem som inte har minutscheman.

*(Stora delar av motionen har text hämtad från Kommunal & Katrineholms Kuriren)*

Vi yrkar på

att Katrineholms kommun tar bort minutschemat tillika minutstyrningen inom hemtjänsten under 2023/2024.

Fullmäktigeledamöter för Kristdemokraterna

Joha Frondelius Marian Loley Dag Dunås Alexander Forss

Nämndadministration

Vår handläggare  
Matilda Johansson

Ert datum

Er beteckning

## Remissansvining - Motion om att ta bort minutstyrningen i hemtjänsten

### Gemensamt för alla ärenden

- Synpunkter på ärendet utifrån det egna verksamhetsområdet (sakområdet) ska belysas ur verksamhetsmässiga och i förekommande fall juridiska och ekonomiska aspekter. Alla ärenden ska också då det är relevant belysas utifrån folkhälsa, tillgänglighet och barnkonventionens intentioner.
- Jämställdhetsintegrering ingår i kommunens styrsystem. Utifrån detta ska genus/jämställdhet belysas i ärendena. Eventuell statistik ska, så långt det är möjligt, vara könsuppdelad. Eventuella övriga relevanta synpunkter ska tas med i remissvaren/yttrandena.

### Motioner

- Nämnden gör en bedömning av motionen och föreslår kommunfullmäktige bifalla, avslå eller anse motionen vara besvarad. Det är kommunfullmäktige som beslutar om motionen.
- Föregå inte fullmäktiges ställningstagande i frågan genom att till exempel genomföra ett föreslaget utredningsuppdrag.

### Inskickande av underlag

I normalfallet skickas begäran om yttrande till nämnden. Det är därefter respektive nämnd/förvaltning som avgör internt vilken instans som ska avge yttrandet. I de fall ärendet är behandlat av nämnden ska protokollet, inklusive eventuella reservationer, skickas till kommunledningsförvaltningen. Om inte hela förvaltningsförslaget är citerat i protokollet ska förvaltningens förslag biläggas ärendet. Protokollsutdrag och eventuellt beslutsunderlag skickas i första hand via LEX, annars via e-post till [kommunledningsforvaltningen@katrineholm.se](mailto:kommunledningsforvaltningen@katrineholm.se).

### Avstå från att yttra sig

Om ni inte har för avsikt att lämna något remissvar/yttrande ska ni meddela detta till kommunledningsförvaltningen inom angiven svarstid. Ange orsaken till varför ni inte kommer att svara.

**Kommunledningsförvaltningen**  
Nämndadministration**Frågor kring ärendet**

Ni är alltid välkomna att kontakta oss på kommunledningsförvaltningen vid eventuella frågor eller funderingar kring ärendet/remissen. Ring i första hand den person ni fått remissen ifrån. Namn och telefonnummer framgår nedan. Finns inte ordinarie handläggare på plats hjälper vi andra till så gott det går!

**Inlämningsdatum**

Detta ska vara inne hos kommunledningsförvaltningen senast 2024-03-05.

**Remissinstanser**

Vård- och omsorgsnämnden

**Kontakt**

Marie Sandström Koski	0150-570 19
Axel Stenbeck	0150-570 80
Matilda Johansson	0150-570 18
Rasmus Berglöv	0150-570 71

**Övrig information**

-

## Förslag till årsredovisning 2023 vård- och omsorgsnämnden

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner årsredovisningen för 2023 och överlämnar den till kommunstyrelsen.

Av 2023 års investeringsbudget återstår 4 080 tkr. Av dessa ombudgeteras 1 953 tkr för inventarier till Norrgläntan som kommer att påbörjas under 2024.

### Sammanfattning av ärendet

Vård- och omsorgsförvaltningen har upprättat förslag till årsredovisning för år 2023.

Arbetet med planerade aktiviteter utifrån de mål och uppdrag som anges i vård- och omsorgsnämndens plan med budget har i stort gått enligt plan och större delen av det som planerats har kunnat genomföras under året. I uppföljningen av indikatorer som kopplats till respektive resultatmål är resultatet något blandat och visar på att målen uppfyllts helt eller delvis inom äldreomsorgens verksamheter medan brukarnöjdheten inom funktionsstöds verksamheter ligger under den satta målnivån.

För helåret 2023 redovisar vård- och omsorgsförvaltningen en positiv avvikelse mot budget på 9 558 tkr. På verksamhetsnivå finns såväl enskilda enheter och särskilda poster som avviker mot budget, både i negativ och positiv riktning. En stor del av den positiva avvikelsen avser senare öppning av verksamhet.

Av 2023 års investeringsbudget återstår 4 080 tkr. Av dessa ombudgeteras 1 953 tkr för inventarier till Norrgläntan som kommer att påbörjas under 2024.

### Avvikelse gentemot budget inom respektive verksamhet enligt driftsredovisning (tkr)

Förvaltningsgemensamt	18 510
Förvaltningskontor	-9 374
Hälso- och sjukvård	-5 117
Äldreomsorg	-2 345
Funktionsstöd	7 884
<b>Resultat</b>	<b>9 558</b>

### Ärendets handlingar

- Förslag till årsredovisning för vård- och omsorgsnämnden 2023

Anna-Lena Ramstedt  
Förvaltningschef

Lars Hernevid  
Verksamhetsstrateg

Beslutet skickas till: Kommunstyrelsen, intranätet, akten

Förslag

# Årsredovisning

Vård- och omsorgsnämnden  
Helår 2023

Datum: 2024-02-09

Dnr: VON/2023:40-1.4.1

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>Ansvarsområde och organisation</b> .....	<b>4</b>
Ansvarsområde.....	4
Privata utförare.....	4
Väsentliga organisationsförändringar .....	4
<b>Viktiga förhållanden för resultat och ekonomisk ställning</b> .....	<b>6</b>
Verksamhetsrapport.....	6
Hållbarhet.....	8
Volymutveckling.....	8
<b>God ekonomisk hushållning och måluppfyllelse</b> .....	<b>10</b>
Samlad bedömning.....	10
Målbedömning resultatmål.....	10
<b>Ekonomisk ställning</b> .....	<b>16</b>
Driftredovisning.....	16
Investeringsredovisning .....	17
<b>Väsentliga personalförhållanden</b> .....	<b>18</b>
Personalkostnader & personalstyrka .....	18
Medarbetarskap & ledarskap .....	19
Kompetensförsörjning & kompetensutveckling.....	20
Hållbart arbetsliv & arbetsmiljö.....	21
<b>Förväntad utveckling</b> .....	<b>22</b>
<b>Bilaga: Begäran om ombudgetering av investeringsmedel</b> .....	<b>23</b>
<b>Bilaga: Uppföljning av handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR</b> .....	<b>24</b>
<b>Bilaga: Indikatorer och riktvärden för uppföljning av resultatmålen i Kommunplan 2023-2026</b> .....	<b>26</b>

# Inledning

Årsredovisningen innehåller en översiktlig och sammanfattande redogörelse för utvecklingen av kommunens verksamhet och resultat under året. Utfall redovisas gällande både ekonomi (drift- och investeringsredovisning) och verksamhet (resultatmål). Det är vad som beslutats i Kommunplan 2023-2026 och Övergripande plan med budget 2023-2025 som årsredovisningen svarar upp mot.

Vård- och omsorgsnämndens årsredovisning innehåller bland annat en uppföljning av verksamhetsvolym, måluppfyllelse, personal och ekonomi under 2023. Syftet är att ge en bred bild av nämndens verksamheter med utgångspunkt från god ekonomisk hushållning. Syftet är också att ge underlag för kommunens övergripande årsredovisning som fastställs av kommunfullmäktige i mars 2024.



# Ansvarsområde och organisation

## Ansvarsområde

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att fullgöra kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) beträffande omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning, samt insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387).

Till vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde hör även ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende från 18 år samt ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende, dagverksamhet och daglig verksamhet. Till vård- och omsorgsnämndens ansvar hör även betalningsansvar enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Nämnden ansvarar även för verksamhet enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962) för fritt val av utförare inom äldreomsorgens hemtjänst.

I nämndens ansvar ingår myndighetsutövning utifrån ett antal lagar, bland annat av bidrag enligt lag (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag och prövning av tillstånd till resor enligt lag (1997:736) om färdtjänst och lag (1997:735) om riksfärdtjänst.

## Privata utförare

Vård- och omsorgsnämnden införde 2011 fritt val av utförare enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) inom hemtjänst. Den som beviljats hemtjänst kan välja vem som ska utföra insatserna.

Katrineholms kommun har både interna och externa utförare. Alla utförare är godkända av kommunen. Vissa erbjuder enbart serviceinsatser medan övriga erbjuder både service- och omvårdnadsinsatser. De brukare som inte väljer utförare tilldelas kommunen som utförare av hemtjänst. Privata utförare utför i nuläget cirka 21,6 procent av all hemtjänst, en minskning i jämförelse med de senaste åren.

Vård- och omsorgsnämnden har sex externa placeringar enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS). Vid externa placeringar har kommunen inte kunnat tillgodose brukarens behov i kommunens egen regi. Antalet är oförändrat i jämförelse med föregående år.

Vård- och omsorgsnämnden har tre pågående externa placeringar enligt socialtjänstlagen (SoL). Antalet har minskat från sex placering föregående år. Dessa externa placeringar rör socialpsykiatriens målgrupp. Kommunen har själv inte kunnat tillgodose dess behov inom den egna verksamheten.

Personlig assistansersättning beviljad enligt socialförsäkringsbalken samt personlig assistans enligt LSS utförs både av externa och interna utförare. Den som blir beviljad personlig assistans har inflytande i vem som blir sin personliga assistent samt kan välja vem som ska utföra assistansen. För personlig assistans beviljad enligt LSS utför externa utförare cirka 93,3 procent av assistanstimmarna. För personlig assistans beviljad enligt socialförsäkringsbalken utför externa utförare cirka 83,8 procent av de beviljade assistanstimmarna. En ökning i jämförelse med föregående år.

## Väsentliga organisationsförändringar

En viss förändring av hemtjänstens områden genomfördes under årets första månader. Det som tidigare varit område Gjuterigatan har delats upp i områdena City och Öster.

Från början av juni månad är Hälso- och sjukvård ett nytt verksamhetsområde inom vård- och omsorgsförvaltningen. Verksamheterna inom området har tidigare varit en del av verksamhetsområdet förvaltningskontoret. Förändringen görs utifrån att området växer samt för att ge verksamheten bättre möjligheter att driva utvecklingsarbetet med nära vård gentemot både interna och externa parter.

# Viktiga förhållanden för resultat och ekonomisk ställning

## Verksamhetsrapport

### Boendeplanering

Lokalerna för en ny gruppboende och ny daglig verksamhet i Hämplingen på Fortunagatan färdigställdes i maj, något senare än planerat och har startats upp succesivt under hösten. Eftersom medel i budget fanns för verksamhet hela året innebär förseningen en positiv avvikelse mot budget. Detsamma gäller för det nya boendet inom Socialpsykiatri, Villagatan, där renoveringen också försenades. I juni kunde boende från Skogsbrynet flytta in och utökning av platser har skett stegvis under hösten.

Under året har projektering samt renovering av Furuliden pågått och renoveringen fortsätter enligt plan fram till sommar/höst 2024. Projektering har under året pågått för Norrgläntans äldreboende och upphandling annonserades i mitten på december och renoveringen har därmed inte kunnat påbörjas under 2023 som var den tidigare planen. Antalet platser inom särskilt boende äldre har under året varit konstant.

Den 28:e september antogs *Revidering av boendeplanen – prioriteringsordning av renovering av särskilda boenden för äldre*. Revideringen uppdaterar tidsplanen samt tydliggör vilka delar som behöver utredas inför varje renoveringsprojekt. Det har även gjorts förtydligande gällande minimumkrav vad gäller vårdhygien och arbetsmiljö.

### Statsbidrag

För 2023 har vård- och omsorgsförvaltningen ansökt om och erhållit statsbidrag för att *främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg*. Vård- och omsorgsförvaltningen har, med stöd av statsbidraget, genomfört en utbildning för kunskapshöjning och implementering av friskfaktorer som en del av det systematiska arbetsmiljöarbetet.

*Äldreomsorgslyftet* har under 2023 gett möjlighet till kompetensutveckling genom utbildningar till undersköterska, specialistundersköterska och språkbudsutbildare. Det har också genomförts ytterligare kompetensutvecklande insatser genom webbutbildning i personcentrerat bemötande, förflyttningsteknik, handledarutbildning, NEWS och/eller Diabetesutbildning. Under hösten har det även genomförts 1,5 dagars utbildning för all fast omvårdnadspersonal i kommunikation, dokumentation, värdegrund, nära vård, måltiden och hälsan, suicidprevention/psykisk ohälsa och omsorg i livets slutskede. De senare har genomförts via intern kompetens.

Kommunen har rekviderat medel för insatser enligt *överenskommelsen psykisk hälsa och suicidprevention*. För vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter nyttjas medel bland annat till kurser gällande första hjälpen till psykisk hälsa, temamånad för psykisk hälsa och suicidprevention, föreläsning om suicidprevention för kommunens chefer, inspirationsföreläsning om återhämtning från psykisk ohälsa, metodstödjarutbildning i ESL (ett självständigt liv), samt samordning av kommunens insatser för psykisk hälsa och suicidprevention.

Vård- och omsorgsförvaltningen har också rekviderat statsbidrag för år 2023, som syftar till att *stärka det civila försvaret inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård*. Bland annat har förvaltningens krisledningsplan reviderats med stöd av kommunledningsförvaltningen.

## Nära vård

Under året har det pågått ett fortsatt arbete med att revidera länsövergripande samverkansrutiner inom flera verksamhetsområden med inriktning mot en mer nära vård för patienterna. En ny *överenskommelse om samverkansrutiner vid patientsäkerhetsdialoger inom särskilt boende* antogs den 31 mars. Överenskommelsen reglerar hur primärvården i Sörmland och länets kommuner ska samverka för gemensamma patientsäkerhetsdialoger mellan vårdcentral och särskilt boende (SÄBO). Patientsäkerhetsdialogerna syftar till att främja en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård för personer som bor på SÄBO. Målet är att de olika aktörerna tillsammans skall kunna identifiera och genomföra verksamhetsförbättringar som kommer patienterna till del. De första dialogerna har kunnat genomföras under 2023 och kommer fortsätta med årligt återkommande dialoger.

## Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Utvecklingen av det lokala kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet pågår ständigt. Under 2023 har arbetet fortsatt med att utveckla IT-stödet som visualiserar de processer och rutiner som utgör grunden för en personcentrerad vård- och omsorg med god kvalitet. Där finns samlad information om i vilken ordning arbetsuppgifter ska utföras, vem som gör vad och hur vi ska arbeta tillsammans. Under året har också årshjul för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet utvecklats i syfte är att skapa en tydligare röd tråd för arbetet som vid årets slut generar kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse. Årshjul med instruktioner och nödvändigt stödmaterial för enhetschefer inom funktionsstöd, äldreomsorg och hälso- och sjukvård finns nu tillgängligt i det digitala ledningssystemet.

## Fast omsorgskontakt

Fast omsorgskontakt är införd i hemtjänsten. Rutiner och uppdragsbeskrivningar är framtagna för att förtydliga ansvarsområdet fast omsorgskontakt för både medarbetare och för brukare. Utveckling av fast omsorgskontakt är pågående och ska följas upp kontinuerligt. Socialstyrelsens vägledning om fast omsorgskontakt i hemtjänsten publicerades den 28 april. Vård- och omsorgsförvaltningen har fortsatt arbetet under året med utgångspunkt i dessa.

## Digitalisering

Vård- och omsorgsnämnden beslutade den 31 augusti om införande av digital tillsyn inom äldreomsorgen med start inom hemtjänsten. En plan för införandet finns framtagen men till följd av att nödvändig teknisk utrustning inte kunna levereras inleds breddinförandet först i början av 2024.

Under året har det i ett länsgemensamt projekt med samtliga länets kommuner och region tagits fram en länsgemensam digitaliseringsstrategi för socialtjänst med angränsande hälso- och sjukvård i Sörmland. Strategin har antagits av länsstyrgruppen. Syftet med digitaliseringsstrategin är att driva på samverkan genom att lyfta fram viktiga fokusområden för digitaliseringsarbetet i länet. Detta för att Sörmland ska nå såväl de regionala målen som de nationella målen. Strategin ska betraktas som styrande för länsgemensam verksamhetsutveckling med digitalt stöd, samt stödjande vid framtagande av lokala styrdokument hos respektive huvudman.

Tillsammans med länets samtliga kommuner pågår ett arbete med att upphandla ett länsgemensamt verksamhetssystem för socialtjänsten i Sörmland. Under året har ett arbete med informationsinsamling pågått.

## Bemanning

Den 1 oktober 2023 genomfördes en förändring gällande dygns- och veckovila som påverkar förvaltningens schemaläggning. Som huvudregel gäller att alla medarbetare i kommuner och regioner ska ha minst 11 timmars sammanhängande dygnsvila under varje 24-timmarsperiod, och att arbetspass ska följas av dygnsvila. Effekterna av förändringarna bedöms vara en minskad möjlighet till flexibilitet och delaktighet i schemaläggningen för medarbetarna. De ekonomiska effekterna av förändringarna är svåra att förutsäga. Som en åtgärd för att bemöta detta och för att ge bättre förut-

sättningar gällande schemaläggning och bemanningsplanering genomfördes under våren utbildningsinsats till chefer och andra nyckelfunktioner inom schema och bemanning. Utbildningen var också en viktig del för det fortsatta arbetet med heltid som norm, minskade delade turer och minskning av andelen timvikarier i verksamheterna. Parallellt med utbildningsinsatsen har arbete pågått med att ta fram en bemanningshandbok utifrån de nya bestämmelserna i kombination med de politiska målen och gällande avtal.

## Hållbarhet

Utgångspunkt i arbetet med hållbarhet tas i de globala målen i FN:s Agenda 2030 för hållbar utveckling. Denna lyfter 17 hållbarhetsmål utifrån tre dimensioner; ekonomiskt, socialt och miljömässigt. Hållbarhetsmålet *God hälsa och välbefinnande* som innebär att *säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar* är central för nämndens verksamheter och ligger i grunduppdraget. En utmaning som till viss del funnits under året och förväntas de kommande åren är att upprätthålla en god kompetensnivå hos personalen för att möta behovet hos medborgarna. Detta då antalet medborgare i behov av insatser ökar för varje år medan antalet som har tillräcklig kompetens för vårddyrket inte öka i samma omfattning. En utmaning är också att sjukfrånvaron hos medarbetarna legat kvar på ungefär samma höga nivå som tidigare. Sjukfrånvaro för ordinarie personal innebär att fler vikarier behöver tas in i verksamheten. Åtgärder för att möta dessa utmaningar har satts in under året och redovisas under respektive målområde.

Under åren före 2023 pågick ett intensivt arbete för att förhålla sig till Covid -19 vilket innebar stora utmaningar för förvaltningen. Under 2023 har hanteringen blivit en del av det normala och utmaningarna med smitta i form av covid, influensa eller calicivirus på enheterna har minskat.

## Volymutveckling

Volymmått	Utfall 2023	Utfall 2022
Planerade hemtjänsttimmar per månad, intern regi	19 400	17 700
Planerade hemtjänsttimmar per månad, extern regi	5 300	5 500
Belagda platser på särskilt boende för äldre	304	308
Personlig assistans beviljad enligt socialförsäkringsbalken, internt utförd	5 015	5 470
Personlig assistans beviljad enligt socialförsäkringsbalken, externt utförd	25 959	28 096
Personlig assistans enligt LSS, internt utförd	298	395
Personlig assistans enligt LSS, externt utförd	4 128	3 840
Belagda platser på LSS-boende	155	142
Belagda platser på särskilt boende socialpsykiatri	19	15
Externa placeringar LSS	6	6
Externa placeringar SoL	3	6
Brukare med daglig verksamhet inom LSS per månad	270	267
Brukare med arbete/sysselsättning inom SoL per månad	42	43
Beviljade timmar boendestöd per månad	1 541	1 383

### Kommentar till volymutveckling

Volymmått som anges i timmar är ett snitt per månad under angiven period. Volymmått som anger belagda platser eller externa placeringar anger antalet i den sista månaden i angiven period.

Antalet planerade timmar inom hemtjänsten har ökat i jämförelse med föregående år och förväntas utifrån befolkningsprognoser fortsätta öka de kommande åren.

Gällande belagda platser för särskilt boende äldre har ingen förändring i antalet tillgängliga platser skett under året. Vid mättillfället fanns fyra platser som var ej belagda. Platserna förväntades bli belagda strax efter mättillfället.

Antalet ärenden inom personlig assistans varierar naturligt mellan åren och totalt sett har det varit färre antal ärenden jämfört med föregående år. Detta gör att även antalet timmar totalt sett har minskat. Minskningen gäller såväl internt som externa utförd personlig assistans.

Antalet platser inom socialpsykiatrin har ökat i samband med att ett nytt boende, Villagatan, öppnats. I samband med detta kunde också ett antal externa placeringar få en boendeplats. Därav minskningen av externa placeringar mellan åren.

Efter en tid av minskningar gällande beviljade timmar i boendestöd har det nu åter skett en ökning. Utifrån tidigare undersökningar av målgruppen framgår det att det kan finnas en grupp som har behov av insatsen men som inte sökt insatsen. Efter pandemin har det kommit in fler ansökningar.

# God ekonomisk hushållning och måluppfyllelse

## Samlad bedömning

Arbetet med planerade aktiviteter utifrån de mål och uppdrag som anges i vård- och omsorgsnämndens plan med budget har i stort gått enligt plan och större delen av det som planerats har kunnat genomföras under året. I uppföljningen av indikatorer som kopplats till respektive resultatmål är resultatet något blandat och visar på att målen uppfyllts helt eller delvis inom äldreomsorgens verksamheter medan brukarnöjdheten inom funktionsstöds verksamheter ligger under den satta målnivån. Verksamhetsområdet behöver arbeta vidare med att analysera resultatet för att kunna sätta in rätt åtgärder för en ökad nöjdhet.

I de fall resultatmålen berör fler nämnder än vård- och omsorgsförvaltningen är bedömningen av måluppfyllelse avgränsad till den egna verksamhetens bidrag till respektive mål.

För helåret 2023 redovisar vård- och omsorgsförvaltningen en positiv avvikelse mot budget på 9 558 tkr. På verksamhetsnivå finns såväl enskilda enheter och särskilda poster som avviker mot budget, både i negativ och positiv riktning. En stor del av den positiva avvikelsen avser senare öppning av verksamhet. Gruppbostad och dagliga verksamhet i Hämplingen på Fortunagatan, samt nya boendet inom socialpsykiatri på Villagatan har öppnat senare än planerat. Andra delar som påverkat resultatet positivt är lågt utfall på övriga kostnader, samt senare start av digital tillsyn. Retroaktiv intäkt gällande personlig assistans samt vakanser på chefsnivå har också bidragit till en positiv avvikelse.

## Målbedömning resultatmål

Kommunplanen 2023-2026 innehåller sju övergripande mål samt ett antal resultatmål som följs upp i delårsrapporter och årsredovisningar under mandatperioden. Flertalet resultatmål berör mer än en nämnd/bolag. Varje nämnd/bolag gör en bedömning av den egna verksamhetens bidrag till måluppfyllelsen för resultatmålet.




Nedan redovisas vård- och omsorgsnämndens bedömning av resultatmålen. Som stöd för att bedöma måluppfyllelsen finns fastställda indikatorer med riktvärden. Målbedömningen ska även vara genusmedveten, vilket bland annat innebär att en positiv utveckling måste ses oavsett kön för att målet ska anses uppnått där så är relevant. Målbedömningen anges med en färgsymbol:

- Grön cirkel visar att målet uppnås eller överträffas
- Gul romb visar att målet uppnås delvis
- Röd kvadrat visar att målet inte uppnås
- Svart streck visar att målet inte kan bedömas




Bedömningen har gjorts med stöd av det senast tillgängliga utfallet för indikatorerna samt om nödvändigt annan relevant information. Utfallet för indikatorerna redovisas i bilaga.

För varje resultatmål visas även till vilket eller vilka hållbarhetsmål enligt Agenda 2030 som målet har en koppling.

## Tillväxt, bostäder & fler jobb



Resultatmål	2023	Kommentar
<b>Ökad sysselsättning och egen försörjning</b> Huvudansvar: VIAN Medansvariga: KS/KLF, KS/SBF, BIN, KULN, STN, SOCN, VON, KFAB, KVAAB, VSR  1. Ingen fattigdom  5. Jämställdhet  8. Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt	●	<ul style="list-style-type: none"> <li>Handledarorganisationen har utvecklats.</li> <li>Elever tas emot löpande på praktik vilket har lett till sommarvikariat och timanställningar.</li> <li>Delaktiga i projekt Framtidssteget.</li> <li>Praktikanter från högskolor/universitet samt utbildningstjänster.</li> </ul>

## Ökad trygghet & säkerhet









Resultatmål	2023	Kommentar
<b>Ökad beredskap för samhällsstörningar</b> Huvudansvar: KS/KLF Medansvariga: KS/SBF, BIN, BMN, STN, SOCN, VON, KFAB, KVAAB, VSR  3. Hälsa och välbefinnande  11. Hållbara städer och samhällen  13. Bekämpa klimatförändringen	●	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vård- och omsorgsförvaltningen har rekviderat statsbidrag för år 2023, som syftar till att stärka det civila försvaret inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Arbetet med att revidera förvaltningens krisledningsplan har genomförts i samarbete med kommunledningsförvaltningen.</li> </ul>




## Skola & utbildning för framtiden

### Trygg omsorg & vård







Resultatmål	2023	Kommentar
<b>Ökad nöjdhet med hemtjänsten</b> Huvudansvar: VON Medansvar: STN  3. Hälsa och välbefinnande	◆	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fast omsorgskontakt inom hemtjänsten är införd</li> <li>Hemtjänstcafé med underhållning</li> <li>Handlingsplaner på enhetsnivå utifrån brukarenkät och enhetsundersökning</li> <li>Fortsatt arbete med värdegrund och bemötande</li> <li>Brukarundersökningen visar på nöjdhet på samma nivå som tidigare, fortsatt något över riket.</li> </ul>
<b>Ökad nöjdhet med särskilt boende för äldre</b> Huvudansvar: VON Medansvar: STN  3. Hälsa och välbefinnande	●	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktivt arbete med kontaktperson</li> <li>Aktiviteter utifrån brukares förmåga och önskemål</li> <li>Handlingsplaner utifrån brukarenkät och enhetsundersökning</li> <li>Fortsatt arbete med värdegrund och bemötande</li> <li>Ökad nöjdhet i brukarundersökningen</li> </ul>









Resultatmål	2023	Kommentar
<p><b>Ökad nöjdhet med verksamheterna inom området funktionsstöd</b></p> <p>Huvudansvar: VON</p> <p> 3. Hälsa och välbefinnande</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuerliga kvalitetsråd.</li> <li>• Utveckling av introduktionen för nya vikarier med tidigare inskolning och introduktionsdagar med utbildning.</li> <li>• Arbete med etiska dilemman i samband med APT.</li> <li>• Genomfört brukardialoger inom såväl boende-verksamhet som inom daglig verksamhet.</li> <li>• Habiliteringsersättningen för personer med beslut om daglig sysselsättning enligt Socialtjänstlagen (SoL) har höjts och därmed likställts med den för personer med beslut enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).</li> <li>• Generellt en försämring i resultatet från årets brukarundersökning där den satta målnivån inte uppnås. Inom merparten av verksamheterna ligger resultatet dock i paritet med snittet i riket.</li> </ul>
<p><b>Ökade förutsättningar för aktiviteter för brukare inom vård och omsorg</b></p> <p>Huvudansvar: VON</p> <p>Medansvar: KULN</p> <p> 3. Hälsa och välbefinnande</p> <p> 10. Minskad ojämlikhet</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemtjänstcafé med underhållning</li> <li>• Träffpunkt Igelkotten - mötesplats för medborgare med hemtjänstinsats, där möjlighet till att lära sig hantera lpads samt lpads för utlåning</li> <li>• Funkisyran genomfördes under Augusti med god uppslutning. Aktiviteten genomfördes i samarbete med Studieförbundet och kulturförvaltningen.</li> <li>• Framtagande av detaljerade planeringar för aktiviteter på grupp och individnivå. Aktiviteter planeras utifrån brukares förmåga och önskemål.</li> <li>• Särskilt sommarprogram med aktiviteter har genomförts inom funktionsstöds verksamheter.</li> <li>• Försämrat resultat gällande brukares nöjdhet med aktiviteter inom särskilt boende för äldre.</li> <li>• Förbättrat resultat gällande brukares nöjdhet med möjligheterna att komma utomhus på särskilt boende äldre.</li> </ul>
<p><b>God patientsäkerhet inom vård och omsorg</b></p> <p>Huvudansvar: VON</p> <p> 2. Ingen hunger</p> <p> 3. Hälsa och välbefinnande</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utveckling av arbetet med att sammanställa skador och vårdskador i hemsjukvården i samverkan med närvården och vårdcentral</li> <li>• Arbete med att säkra rutiner för att säkerställa god och säker vård i det interna vårdplaneringsarbetet kopplat till reviderad läns gemensam riktlinje</li> <li>• Revidering av och arbete med handlingsplan utifrån IVO:s tillsyn av medicinsk vård- och behandling vid särskilda boenden för äldre.</li> <li>• Revidering av samtliga samverkansdokument mellan kommunerna i Sörmland och Region Sörmland pågår inom ramen för nära vård.</li> <li>• Arbete med Sveriges kommuner och regioners <i>analysverktyg för stärkt patientsäkerhet</i></li> <li>• Hygienutbildning har genomförts för enhetschefer och hygienombud.</li> <li>• Försämrat resultat gällande följsamhet till basala hygien- och klädregler.</li> </ul>





Resultatmål	2023	Kommentar
<b>Förebyggande och tidiga insatser för barn och unga ska prioriteras så att antalet placeringar minskar</b> Huvudansvar: SOCN Medansvariga: KS/KLF, BIN, KULN, VON  3. Hälsa och välbefinnande  16. Fredliga och inkluderande samhällen		<ul style="list-style-type: none"> <li>Genomfört insatser för att öka kännedomen om modellen kommunal samverkan för barn i behov av komplexa insatser.</li> </ul>

## Attraktiva & hälsofrämjande livsmiljöer








Resultatmål	2023	Kommentar
<b>Jämställda och jämlika kultur-, idrotts- och fritidsverksamheter</b> Huvudansvar: STN Medansvariga: KS/KLF, BIN, KULN, SOCN, VON  5. Jämställdhet  10. Minskad ojämlikhet		<ul style="list-style-type: none"> <li>Funkisyran genomfördes under augusti med god uppslutning. Aktiviteten genomfördes i samarbete med Studieförbundet och kulturförvaltningen.</li> <li>Genomfört detaljerade planeringar för aktiviteter på grupp- och individnivå.</li> <li>Brukare inom funktionsstöd som har svårighet med att bryta rutiner har erbjudits sysselsättning även under semesterveckorna.</li> </ul>
<b>Ökad nöjdhet med måltiderna och minskad risk för undernäring i äldreomsorgen</b> Huvudansvar: STN Medansvarig: VON  2. Ingen hunger  3. Hälsa och välbefinnande		<ul style="list-style-type: none"> <li>Kommungemensam rutin för att förebygga, upptäcka och behandla undernäring har reviderats utifrån Socialstyrelsens nya föreskrifter. Sjuksköterskor och rehabpersonal har fått utbildning i rutinen och om nutrition för äldre</li> <li>Måltidsombud från alla avdelningar på kommunens särskilda boenden för äldre har fått fördjupad utbildning i måltidsmiljö</li> <li>Under hösten har all omvårdnadspersonal på vård- och omsorgsförvaltningen fått utbildning inom ramen för Äldreomsorgslyftet. Dietist har föreläst om måltiden och hälsan, med inriktning mot att förebygga undernäring.</li> <li>Högre andel svarar att måltiderna är en trevlig stund på dagen</li> <li>Förbättrat resultat och uppnådd målnivå gällande utförda åtgärder vid risk för undernäring.</li> </ul>

## Klimatsmart & hållbar kommun

Resultatmål	2023	Kommentar
<b>Minskad klimatpåverkan från kommunens fordon och transporter</b> Huvudansvar: STN Medansvariga: KS/KLF, KS/SBF, BIN, BMN, KULN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KVAAB, VSR  13. Bekämpa klimatförändringen		<ul style="list-style-type: none"> <li>Samverkar med service- och teknikförvaltningen inför upphandling av nya bilar och ser i samband med det över antalet.</li> </ul>
<b>Minskad energi- och elförbrukning i de kommunala verksamheterna</b> Huvudansvar: KS/SBF Medansvariga: KS/KLF, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KVAAB, VSR  7. Hållbar energi för alla  12. Hållbar konsumtion och produktion  13. Bekämpa klimatförändringen		<ul style="list-style-type: none"> <li>Utbyte av fönster till nya energifönster på Upplandsgatan</li> <li>Översyn elavtal i verksamheterna.</li> </ul>

Resultatmål	2023	Kommentar
<p><b>Minskat avfall och ökad återanvändning och återbruk</b></p> <p><i>Huvudansvar: KS/SBF</i></p> <p><i>Medansvariga: KS/KLF, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KVAAB, VSR</i></p> <p> 6. Rent vatten och sanitet för alla</p> <p> 11. Hållbara städer och samhällen</p> <p> 12. Hållbar konsumtion och produktion</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>I samband med renoveringar och nybyggnationer sker återbruk av inventarier i den mån det är möjligt.</li> </ul>

## Hållbart arbetsliv & effektiv organisation

Resultatmål	2023	Kommentar
<p><b>Högt medarbetarengagemang</b>  Huvudansvar: KS/KLF  Medansvariga: KS/SBF, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KVAAB, VSR</p> <p> 8. Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Handlingsplaner utifrån resultatet medarbetarundersökningen</li> <li>• Värdegrundsarbete</li> <li>• Utbildning i bemanningsakademien för chefer och nyckelpersoner inom bemanning.</li> <li>• Fler enheter uppger att de kunnat minska andelen delade turer.</li> </ul>
<p><b>Halverad sjukfrånvaro för kommunens medarbetare</b>  Huvudansvar: KS/KLF  Medansvariga: KS/SBF, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KVAAB, VSR</p> <p> 3. Hälsa och välbefinnande</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsatt arbete med metoden tjänstedesign inom verksamhetsområdet funktionsstöd.</li> <li>• Aktivt fortsatt arbete utifrån den satsning som gjorts tillsammans med Feelgood inom äldreomsorgen.</li> <li>• Handlingsplaner utifrån resultatet i medarbetarundersökningen.</li> <li>• Chefsforum tillsammans med HR med inriktning halverad sjukfrånvaro där erfarenheter delades och åtgärder på individ- och gruppnivå togs fram. Insatser på individ- och gruppnivå som påbörjats skiljer sig mellan enheter utifrån behov.</li> <li>• Start av nytt arbetssätt för systematiskt återkommande uppföljning och analys av sjuktal, rehabilitering samt arbetsskador- och tillbud på enhetsnivå.</li> <li>• Med hjälp av statsbidraget "främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg" har vård- och omsorgsförvaltningen genomfört en utbildning för kunskapshöjning och implementering av friskfaktorer.</li> <li>• Den totala sjukfrånvaron oförändrad i jämförelsen med föregående år.</li> </ul>
<p><b>God tillgänglighet till service och bra bemötande i kontakt med kommunen</b>  Huvudansvar: KS/KLF  Medansvariga: KS/SBF, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KVAAB, VSR</p> <p> 5. Jämställdhet</p> <p> 10. Minskad ojämlikhet</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utbildning för all personal i personcentrerat förhållningsätt och värdegrund.</li> </ul>

# Ekonomisk ställning

## Driftredovisning

Driftredovisning, nettoresultat (tkr)				
	Utfall 2023	Utfall 2022	Budget 2023	Budget- avvikelse 2023
Förvaltningsgemensamt	-17 013	-24 016	-35 523	18 510
Förvaltningskontor	-228 762	-208 872	-219 388	-9 374
Hälso- och sjukvård	-80 359	-75 297	-75 242	-5 117
Äldreomsorg	-308 457	-287 516	-306 112	-2 345
Funktionsstöd	-232 833	-207 669	-240 717	7 884
<b>Summa</b>	<b>-867 424</b>	<b>-803 370</b>	<b>-876 982</b>	<b>9 558</b>

### Kommentar

För helåret 2023 redovisar vård- och omsorgsförvaltningen en positiv avvikelse mot budget på 9 558 tkr. På verksamhetsnivå finns såväl enskilda enheter och särskilda poster som avviker mot budget, både i negativ och positiv riktning. En stor del av den positiva avvikelsen avser senare öppning av verksamhet både gruppboenden och dagliga verksamheten i Hämplingen på Fortunagatan, samt nya boendet inom socialpsykiatri på Villagatan. Andra saker som också påverkat resultatet positivt är lågt utfall på övriga kostnader, samt senare start med digital tillsyn, retroaktiv intäkt gällande personlig assistans samt vakanser på chefsnivå.

**Förvaltningsgemensamt (Övergripande kostnader och nämnd)** redovisar en positiv avvikelse på 18 510 tkr mot budget. Den positiva avvikelsen beror på bland annat lågt utfall på gemensamma kostnader (tex. skyddsutrustning), sen start med digital tillsyn och vakant verksamhetschefstjänst under första halvåret. Den största delen av den positiva avvikelsen avser budget för ökade timmar inom hemtjänst. Avvikelsen för dessa kostnader ligger på förvaltningskontoret. Även en retroaktiv intäkt som avser tidigare år har påverkat resultatet positivt.

**Förvaltningskontoret (Myndighet, bemanningseenhet och verksamhetsstöd)** redovisar en negativ avvikelse på -9 374 tkr mot budget. Den största delen av den negativa avvikelsen förklaras av att volymen för hemtjänsttimmar har ökat, främst de timmar som utförs i egen regi. Även extern personlig assistans, kostnaden för hjälpmedel och IT-kostnader avviker negativt mot budget. Kostnaden för färdtjänst har minskat något vilket ger en positiv avvikelse mot budget.

**Hälso- och sjukvård** redovisar totalt en negativ avvikelse mot budget på -5 117 tkr. Det beror på att kostnaden för bemanningssjuksköterskor överstiger kostnaden för vakant personal då främst sjuksköterskor.

**Äldreomsorg (Särskilt boende, hemtjänst, larm- och nattpatrull)** redovisar totalt en negativ avvikelse på -2 345 tkr mot budget. Hemtjänst som utförs i egen regi har ett negativ avvikelse. Flera enheter är på rätt väg, men det finns fortfarande problem med hög sjukfrånvarokostnad relaterat till korttidsfrånvaro. Jämfört med tidigare år så visar dock hemtjänst i egen regi ett förbättrat resultat.

Särskilt boende har en positiv avvikelse mot budget som till största del förklaras av lokalkostnader och personalkostnader. Under året har vissa vakanser funnits för enhetschefer, vilket ger ett positivt utfall, avvikelsen på lokaler avser hyresrabatter under renoveringsprocessen.

**Funktionsstöd (Grupp- och serviceboende, daglig verksamhet, barn- och ungdom, socialpsykiatri, personlig assistans, avlösare)** redovisar en positiv avvikelse på +7 884 tkr mot budget. Den största positiva avvikelsen inom verksamheten avser senare öppning av ny gruppboende och daglig verksamhet, samt Villagatan inom Socialpsykiatri. Även tomma platser under året inom grupp- och serviceboenden har påverkat resultatet positivt. Personlig assistans har för första gången på flera år en positiv avvikelse mot budget. Kontinuerlig kontroll av beslut har gett resultat och medfört positiva effekter.

### Statsbidrag

Under år 2023 har vård och omsorgsförvaltningen beviljats 14 573 tkr i statsbidrag. Där den största delen avser *Äldreomsorgslyftet*. Av de beviljade medlen har 335 tkr, avseende *Hållbart arbetsliv* och *Habiliteringsersättning*, inte använts och kommer därför att betalas tillbaka.

## Investeringsredovisning

Investeringsredovisning, nettoresultat (tkr)				
Huvudprojekt	Utfall 2023	Budget 2023	Avvikelse 2023	Färdigställs år/mån
Inventarier Säbo, Strandgården	0	100	100	2023/12
Inventarier Säbo, Norrgläntan	0	1 953	1 953	Ombudgeteras till 2024
Inventarier Hämplingen, gruppboende LSS	29	800	771	2023/12
Inventarier Hämplingen, dagverksamhet	36	900	864	2023/12
Renoveringsbehov LSS-boende Jägaregatan	114	500	386	2023/12
Inventarier i brukarmiljö	1 294	1 300	6	2023/12
<b>Summa</b>	<b>1 473</b>	<b>5 553</b>	<b>4 080</b>	

### Kommentar

Lågt utfall på investeringar under 2023. Det förklaras till största del av att inköp av inventarier till Norrgläntans säbo kommer ske under 2024 och därav behöver denna investeringsbudget ombudgeteras. En annan förklaring till avvikelsen är att Hämplingens nya gruppboende och dagligverksamhet enbart behövt nyttja en liten del av årets budget.

# Väsentliga personalförhållanden

## Personalkostnader & personalstyrka

Antalet årsarbetare har ökat i jämförelse med föregående år. Ökningen förklaras främst av en ökning av platser inom såväl äldreomsorg som funktionsstöd. Det har också skett volymökningar inom hemtjänst och boendestöd. Ökningen av antal platser inom särskilt boende äldre skedde under föregående år men har under 2023 fått helårseffekt. Inom funktionsstöd startades ny grupp-bostad under föregående år som under 2023 fått helårseffekt och under 2023 har ytterligare enheter startats inom gruppbofastad LSS, socialpsykiatri samt inom daglig verksamhet LSS.

Andelen timvikarier har totalt sett varit högre än tidigare år. Till viss del kan det förklaras utifrån flera utbildningsinsatser under året. Kostnaden för inhyrd personal gäller främst sjuksköterskor och där har antalet inhyrda sjuksköterskor varit högt under vår och sommar men har sjunkit under hösten efter framgångsrika rekryteringsåtgärder.

Nyckeltal	Mätdatum	2023	Kvinnor 2023	Män 2023	2022	Kvinnor 2022	Män 2022
Lönekostnader totalt, tkr	1/1-31/12	680 247 tkr			615 610 tkr		
Lönekostnader som andel av verksamhetskostnaderna (%)	1/1-31/12	60%			60%		
Kostnad övertid inkl mertid, andel av lönekostnader totalt (%)	1/1-31/12	0,8%			1,2%		
Kostnad inhyrd personal, tkr	1/1-31/12	17 712 tkr			17 771 tkr		
Årsarbetare, antal omräknade heltider	1/1-31/12	1 296,7	1 044,1	252,6	1 252,8	1 018,7	234,1
Timanställda, andel av totalt antal årsarbetare (%)	1/1-31/12	15,7%	14,6%	20,6%	14,7%	13,2%	21,4%
Månadsanställda, antal	30/11	1 230	1 003	224	1 163	960	203
Tillsvidareanställda, andel av månadsanställda (%)	30/11	95,9%	96,1%	94,7%	97,9%	97,8%	98,5%
Visstidsanställda, andel av månadsanställda (%)	30/11	4,2%	3,9%	5,3%	2,1%	2,2%	1,5%

## Medarbetarskap & ledarskap

Arbetet under året har grundat sig i handlingsplaner som tagits fram utifrån resultaten i den medarbetarundersökning som gjordes under 2022. Insatserna har skilt sig mellan enheter utifrån just den enhetens behov och resultat. Särskilt fokus på förvaltningsnivå utifrån 2022 års undersökning var arbete med målstyrning vilket också är den del som ökat i undersökningen för 2023. Totalt svarar nu 90 % av medarbetarna att det stämmer ganska eller mycket bra på frågan om de är väl insatta i arbetsplatsens mål. Gällande frågan om jag vet vad som förväntas av mig i mitt arbete är den siffran 95,5%. Dessa båda frågor ligger till grund för höjningen av delindex styrning.

Delindex motivation och ledarskap har sjunkit 0,1 och där är det ytterst små förändringar som ligger bakom sänkningen. En av frågorna att arbeta vidare med är om min chef visar uppskattning för mig som medarbetare. Den har minskat från 4,0 till 3,9. Totalt 13,5% svarar att det stämmer ganska eller mycket dåligt.

Nyckeltal	Mätdatum	2023		2022		
		Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
Hållbart medarbetarengagemang, HME totalt	april	4,1	4,1	4,2	4,1	4,2
HME delindex motivation	april	4,1	4,1	4,2	4,2	4,2
HME delindex ledarskap	april	4,1	4,1	4,2	4,2	4,2
HME delindex styrning	april	4,2	4,1	4,2	4,1	4,2



## Kompetensförsörjning & kompetensutveckling

Andelen månadsanställda som väljer att arbeta heltid har ökat kontinuerligt sedan införandet av heltid som norm och utvecklingen fortsätter i samma riktning. Skillnaden mellan män och kvinnor som arbetar heltid minskar men är fortsatt stor.

Under året har ett utvecklingsarbete gjorts för att förbättra processerna kring sommarrekrytering inom både verksamhetsområdet funktionsstöd och äldreomsorg. De nya processerna har fungerat väl och fortsätter under det kommande året.

Gällande legitimerad personal har det under en längre tid varit nödvändigt med hyrsjuksköterskor. Under slutet av förra året och under detta år har verksamheten arbetat med nya sätt att rekrytera och attrahera medarbetare vilket gett resultat. Under sommaren var det fortsatt nödvändigt med ett flertal hyrsjuksköterskor men efter sommaren har antalet kunnat minska. Antalet hyrsjuksköterskor under hösten har varit tre stycken.

Äldreomsorgslyftet har under 2023 gett möjlighet till kompetensutveckling genom utbildningar till undersköterska, specialistundersköterska och språkombudsutbildare. Det gör att förvaltningen har kunnat bibehålla en hög nivå av andelen tillsvidareanställda undersköterskor inom äldreomsorgen.

Det har också genomförts ytterligare kompetensutvecklande insatser genom webbutbildning i personcentrerat bemötande, förflyttningsteknik, handledarutbildning, NEWS 2 och/eller Diabetesutbildning. Under hösten har det även genomförts 1,5 dagars utbildning för all fast omvårdnadspersonal i kommunikation, dokumentation, värdegrund, nära vård, måltiden och hälsan, suicidprevention/psykisk ohälsa och omsorg i livets slutskede. De senare har genomförts via intern kompetens.

Antalet tillsvidareanställda som slutat på egen begäran eller som gått i pension har varit lägre än föregående år men det är också en siffra som kan variera stort och det går inte att se ett mönster över tid i denna minskning.

Nyckeltal	Mätdatum	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
		2023	2023	2023	2023	2022	2022	2022	2022
Månadsanställda som arbetar heltid, andel (%)	30/11	74,8%	71,7%	88,6%	72,2%	68,5%	89,7%		
Månadsanställda med heltidsanställning som har valt att arbeta deltid, andel (%)	30/11	23,8%	27,1%	9,5%	26,7%	30,3%	9,5%		
Genomsnittlig sysselsättningsgrad månadsanställda som arbetar deltid (%)	30/11	77,2%	77,5%	73,4%	76,8%	77,2%	71,1%		
Tillsvidareanställda med ledningsansvar som slutat på egen begäran, antal	1/12-30/11	7			7				
Tillsvidareanställda som slutat på egen begäran, antal	1/12-30/11	61	50	11	76	66	10		
Tillsvidareanställda som gått i pension, antal	1/12-30/11	15	14	1	38	37	1		
Månadsanställda som är 65 år eller äldre, antal	30/11	42	41	1	39	38	1		

## Hållbart arbetsliv & arbetsmiljö

Under året har det inom verksamhetsområdet funktionsstöd skett ett fortsatt arbete utifrån metoden tjänstedesign som innebär att medarbetarna aktivt är en del i att utveckla metoder för att arbeta med insatser för att minska sjukfrånvaron och öka frisknärvaron. Inom äldreomsorgen har arbetet fortsatt utifrån den särskilda satsning som under 2022 inleddes tillsammans med Feelgood.

Grunden för det övriga arbete som har skett har varit resultaten i medarbetarundersökningarna där insatser och handlingsplaner tagits fram per enhet utifrån de behovs som föreligger just där.

Som stöd till chefer i arbetet med ett hållbart arbetsliv och god arbetsmiljö har förvaltningen gemensamt genomfört chefsforum tillsammans med HR med inriktning halverad sjukfrånvaro. Där delades erfarenheter och åtgärder på individ- och gruppnivå togs fram. Under hösten har ett nytt arbetssätt för systematiskt återkommande uppföljning och analys av sjuktal, rehabärenden samt arbetsskador- och tillbud på enhetsnivå påbörjats.

Med hjälp av statsbidraget "främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg" har vård- och omsorgsförvaltningen genomfört en utbildning för kunskapshöjning och implementering av friskfaktorer.

Sett till utfallet så är den totala sjukfrånvaron oförändrad i jämförelse med föregående år. Det har skett en förskjutning där korttidssjukskrivningarna minskat samtidigt som de längre sjukskrivningarna har ökat i omfattning. Nästan hälften av den totala sjukfrånvaron utgörs nu av medarbetare som har eller har haft en sjukfrånvaro längre än 60 dagar.

Nyckeltal	Mätdatum	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
		2023	2023	2023	2023	2022	2022	2022	2022
Sjuklönekostnader, andel av lönekostnader totalt (%)	1/1-31/12	2,6%				3,1%			
Sjukfrånvaro totalt (%)	1/12-30/11	10,1%	10,8%	7,5%	10,1%	10,6%	8,1%		
Sjukfrånvaro totalt, varav <15 dagar (%)	1/12-30/11	5,1%	5,4%	3,8%	5,4%	5,6%	4,7%		
Sjukfrånvaro totalt, varav 15-90 dagar (%)	1/12-30/11	1,8%	2,1%	0,9%	1,6%	1,8%	0,7%		
Sjukfrånvaro totalt, varav >90 dagar (%)	1/12-30/11	3,7%	4%	2,5%	3,1%	3,2%	2,8%		
Andel av totala sjukfrånvaron som avser frånvaro under en sammanhängande period av 60 dagar eller mer (%)	1/12-30/11	47%	48%	43%	39%	39%	40%		
Sjukfrånvaro totalt, anställda -29 år (%)	1/12-30/11	7,4%	8%	6,1%	7,2%	7,8%	5,9%		
Sjukfrånvaro totalt, anställda 30-49 år (%)	1/12-30/11	10,3%	11%	7,8%	10%	10,1%	9,4%		
Sjukfrånvaro totalt, anställda 50- år (%)	1/12-30/11	8,5%	9,2%	6,3%	11,6%	11,9%	8,7%		
Sjukfrånvaro tillsvidareanställda (%)	1/12-30/11	11,3%	11,9%	8,6%	11,1%	11,5%	9,1%		
Tillsvidareanställda med upprepad sjukfrånvaro (mer än 5 tillfällen under de senaste 12 månaderna), antal	1/12-30/11	207	164	43	255	214	41		

# Förväntad utveckling

Befolkningsprognoser och det senaste årets volymförändringar tyder på en fortsatt volymökning inom framför allt hemtjänsten under det kommande året och inom särskilt boende för äldre på något längre sikt. En utredning av Igelkotten servicehus pågår just nu för att presenteras till vård- och omsorgsförvaltningens nämnd under 2024. Beroende på utfallet i utredningen kan den fortsatta boendeplaneringen inom äldreomsorgen påverkas.

Beviljade timmar inom boendestödet har ökat det senaste året, samtidigt har Region Sörmland valt att stänga ett antal vårdplatser för samma målgrupp. Detta kan på sikt leda till ett ökat behov av boendeplatser inom socialpsykiatrins verksamheter.

Äldreomsorgslyftet har under de senaste åren varit en avgörande faktor för att kunna genomföra kompetenshöjande insatser i den takt som krävs för att möta vård- och omsorgsförvaltningens behov. Regeringen har nu meddelat att äldreomsorgslyftet skall fortsätta under 2024-2026 vilket innebär att vård- och omsorgsförvaltningen kan fortsätta att kompetensutveckla vårdbiträden och undersköterskor inom äldreomsorgens verksamheter.

# Bilaga: Begäran om ombudgetering av investeringsmedel

Begäran om ombudgetering av investeringsmedel från 2023 till 2024 (tkr)						
Nr	Projektbenämning	Investeringsbudget 2023	Använda investeringsmedel 2023	Avvikelse	Ombudgetering till 2024	Kommentar
970 022	Inventarier, Säbo Norrglantan	1 953	0	1 953	1 953	Senarelagt renovering. Inflytt 2024.
<b>Summa</b>		<b>1 953</b>	<b>0</b>	<b>1 953</b>	<b>1 953</b>	

# Bilaga: Uppföljning av handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR

I februari 2017 undertecknade Katrineholms kommun den europeiska deklARATIONEN för jämställdhet enligt CEMR (Council of European Municipalities and Regions). I kommunens handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR anges vilka artiklar i CEMR-deklARATIONEN som prioriterats för 2020-2023 och vilka nämnder som ansvarar för respektive artikel. I årsredovisningen följs handlingsplanen upp genom en kortfattad rapportering av de väsentligaste åtgärderna och processerna under året med koppling till kommunens mål och åtaganden för respektive CEMR-artikel.

## Artikel 6 – Bekämpa stereotyper

**Handlingsplanens mål:** Jämställdhets- och HBTQ-arbetet ska genomsyra kommunens personalpolitik och sätta sin prägel på all kommunal verksamhet.

**Kommentar:** Jämställdhetsperspektivet tas i beaktande i förvaltningens dagliga arbete och vid rekrytering. Ett trettiotal medarbetare inom funktionsstöd har i samarbete med kommunens ungdomsmottagning arbetat med att öka personalens kunskaper om hur de kan hjälpa sin målgrupp att hantera relationer, informera om den enskildes rätt till sin egen kropp och öka självkänslan. Alla enhetschefer har deltagit i utbildning ledd av Relationsvårdsteamet och Mercur. Representant för förvaltningen har regelbundet deltagit i möten med övriga förvaltningar i kommunalt jämställdhetsnätverk.

## Artikel 9 – Jämställdhetsanalyser

**Handlingsplanens mål:** Katrineholms kommun ska vara en föregångare när det gäller jämställdhetsintegrering av styrningen och verka för att jämställdhetsperspektivet alltid är närvarande i verksamhetsförändringar samt beredningsarbetet.

**Kommentar:** Planering av verksamheten sker utifrån indikatorer och resultat i brukarundersökningar. Jämställdhet är en naturlig del i arbetet. En jämställdhetsanalys angående aktiviteter på särskilt boende för äldre har genomförts. Resultat i brukarundersökning, samt kontroll av ett mindre antal genomförandeplaner på en enhet visar att det finns vissa skillnader mellan kvinnor och män när det gäller utövande av aktiviteter. Samtliga aktivitetsledare i särskilt boende har intervjuats. De menar att personcentrering är grundläggande för uppdraget och att könsperspektivet är underordnat. Aktiviteter riktas ofta till det stora flertalet, men även till endast män eller kvinnor. Det är rimligt att anta att det har betydelse på olika sätt att förvaltningen övervägande bemannas av kvinnor och att det bor fler kvinnor än män i särskilt boende för äldre. Endast en aktivitetsledare och några få kulturombud är män. En högre andel manlig personal skulle förmodligen påverka utbudet av aktiviteter samt vilken information som lyfts fram som viktig i genomförandeplaner.

## Artikel 15 – Social omsorg och sociala tjänster

**Handlingsplanens mål:** Social omsorg som utgår från individens behov och självbestämmande för ökad trygghet, god folkhälsa samt ökad egen försörjning. Lika tillgång till social omsorg och sociala tjänster.

**Kommentar:** Allt det arbete som utförs inom vård- och omsorgsförvaltningen utgår ifrån individens behov och självbestämmande. Värdegrundsarbete är centralt. Kontinuerligt arbete med individuella genomförandeplaner utifrån IBIC (Individens behov i centrum) ger ökade möjligheter att identifiera individuella behov och motverka ojämlikhet i utförandet av insatser. Inom funktionsstöd pågår ständigt arbete med att stärka brukares självkänsla. Medvetenhet om hur könstillhörighet påverkar val av aktiviteter på särskilt boende aktualiserades när samtliga aktivitetsledare inriktade mot särskilt boende för äldre intervjuades i samband med jämställdhetsanalys.

## Artikel 17 – Vård av anhöriga

**Handlingsplanens mål:** Tillämpa ett genusperspektiv rörande ansvaret för vård av andra anhöriga än barn bland annat genom att motverka den stereotypa uppfattningen att vård av anhöriga i första hand är ett ansvar för kvinnor.

**Kommentar:** I november 2023 har totalt 76 personer pågående beslut om avlösning, 46 män och 30 kvinnor. Den avgiftsfria avlösningen ges med förenklade utredningar och det går inte se några skillnader i utredningsförfarandet. Anhörigcentralen riktar sig till alla medborgare i kommunen, oavsett kön. I fördelningen till vissa grupper har relationen den anhöriga har eller typ av problematik brukaren har betydelse för erfarenhetsutbytet med andra i liknande situation. Att mötas med likasinnade minimerar känslan av ensamhet hos anhöriga. Målsättningen på Anhörigcentralen är att aktiviteter ska vara könsneutrala utifrån anhörigas behov. Det handlar ofta om information och erfarenhetsutbyte med andra. Under året har en rad olika grupper erbjudits: samtalsgrupper, anhörigkurser med inbjudna professioner för vuxna barn/partner som vårdar/stödjer, sociala träffar, träffar för äldre anhöriga som vårdar/stödjer hemma, temaföreläsningar.

Av de som Anhörigcentralen hade kontakt med under 2023 var 21% män. Detta något lägre än 2022 då siffran var 27%. Åren innan har siffran varierat mellan 20-27 %. Av det totala antalet kontakter var 67% nya för verksamheten. Av de nya kontakterna var 24 % män. Under året har Anhörigcentralen informerat om sin verksamhet samt anhörigperspektiv i flera sammanhang. Var anhörigcentralen informerar beror delvis på var verksamheten blir inbjuden samt vilka verksamheter man samverkar med för att nå fler anhöriga. Många av verksamheterna är vård- och omsorgsverksamheter som traditionellt är kvinnodominerade. Anhörigcentralens utskick samt inlägg på sociala medier har setts över för att vara så könsneutrala som möjligt.

## Artikel 22 – Könsrelaterat våld

**Handlingsplanens mål:** Det ska vara tryggt och säkert att leva och verka i Katrineholms kommun.

**Kommentar:** Tre representanter från förvaltningen har deltagit i en brottsförebyggande konferens i november. Den 22 november ägde en kraftsamlande dag för att motverka våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning rum.

## Bilaga: Indikatorer och riktvärden för uppföljning av resultatmålen i Kommunplan 2023-2026

Styrningen av Katrineholms kommun utgår från de mål och uppdrag för mandatperioden som anges i Kommunplan 2023-2026, som fastställdes av kommunfullmäktige i januari 2023. I kommunplanen anges resultatmål för hela mandatperioden. Kommunplanen ligger till grund för kommunens årliga övergripande plan med budget och för nämndernas planer med budget. Den är också en del av ägardirektivet till de kommunala bolagen. Resultatmålen i kommunplanen följs upp årligen i delårsrapporter och årsredovisningar.





Som stöd för att bedöma måluppfyllelsen för resultatmålen används indikatorer, det vill säga statistiska nyckeltal som visar relevanta verksamhetsresultat i förhållande till de politiskt satta resultatmålen. För varje indikator anges politiskt beslutade riktvärden. Syftet med riktvärdena är att visa vilket utfall för en indikator som krävs vid en viss tidpunkt för att det ska anses finnas stöd för att i årsredovisningen säga att resultatmålet är uppnått. Kommunstyrelsen har fastställt indikatorer och riktvärden för 2023 (KS 2023-04-26 § 106). I samband med beredningen av övergripande plan med budget 2024-2026 har några indikatorer och riktvärden för 2023 justerats av mättekniska skäl.

### Utfall och riktvärde

Indikatorerna redovisas i tabellen nedan. För varje indikator redovisas utfall för de tre senaste åren samt det fastställda riktvärdet för 2023 års uppföljning (riktvärde ÅR 2023, grön kolumn). Observera att utfall ibland saknas för 2022 och/eller 2023 eftersom det finns eftersläpning i statistiken för vissa indikatorer. Ambitionen är att jämföra det fastställda riktvärdet med ett så aktuellt utfall som möjligt vid tidpunkten för sammanställningen av årsredovisningen. I kommentaren anges vilken vecka som uppdaterad statistik publiceras för indikatorer från Kolada. Årsredovisningen för 2023 färdigställs på nämnds nivå i vecka 5 och på övergripande nivå i vecka 9 2024. För vissa indikatorer uppdateras utfallet däremellan, vilket kan påverka bedömningen.





### Trend

Genom trendpilar redovisas utvecklingen över tid. Trendpilarna uttrycker en värdering av utfallet jämfört med föregående mätning, det vill säga om utfallet har blivit bättre eller sämre. För vissa indikatorer innebär det att pilen pekar uppåt när utfallsvärdet ökat, till exempel när det gäller betygsresultat. För andra indikatorer betyder det att pilen pekar nedåt när utfallsvärdet ökat, till exempel arbetslöshet.

-  Utfallet har förbättrats.
-  Utfallet är oförändrat (grundregeln är att utfallet räknas som oförändrat om förändringen är mindre än 1,5%).
-  Utfallet har försämrats.
-  Utfallet kan inte jämföras över tid.

### Statusbedömning

För varje indikator redovisas en statusbedömning genom färgsymboler. Bedömningen av utfallet ska vara genusmedveten, vilket innebär att utfallet alltid ska analyseras utifrån könsuppdelad statistik när det är möjligt. Av utrymmesskäl redovisas dock inte den könsuppdelade statistiken i bilagan.

-  Grön status får endast sättas om riktvärdet har nåtts eller överträffats, det vill säga utfallet är större än eller lika med 100 procent av riktvärdet. Bedömningen ska vara genusmedveten för de indikatorer där det är relevant. För att grön status ska få anges måste då båda följande kriterier vara uppfyllda: Riktvärdet nås totalt sett. Om riktvärdet inte nås för ett av könen ska utvecklingen jämfört med föregående utfall vara positiv för det könet.
-  Gul status anges om utfallet är minst 95 procent av riktvärdet men mindre än 100 procent. Gul status kan också anges om riktvärdet nås totalt sett men inte för båda könen, när det inte går att se en positiv utveckling för det kön som inte når riktvärdet.
-  Röd status anges om utfallet är mindre än 95 procent av riktvärdet. Röd status kan också anges om det ses en allvarlig avvikelse för något av könen, även om utfallet totalt överstiger 95 procent.
-  Status kan inte bedömas.

### Kommentar

I kommentarsfältet anges källa för indikatorn. För indikatorer som hämtas från Kolada anges en länk med nyckeltals-ID samt preliminär vecka för nästa publicering i Kolada. Genom att klicka på länken visas utfall med jämförelser direkt i Kolada. Där finns även tillgång till könsuppdelad statistik. För övriga indikatorer anges vilken förvaltning som ansvarar för rapporteringen.

Övergripande mål	Resultatmål	Indikatorer	Utfall 2021	Utfall 2022	Utfall 2023	Trend	Riktvärde årsred. 2023	Status	Källa/kommentar
<b>Tillväxt, bostäder &amp; fler jobb</b>	<b>Ökad sysselsättning och egen försörjning</b> <i>Huvudansvar: VIAN Medansvariga: KS/KLF, KS/SBF, BIN, KULN, STN, SOCN, VON, KFAB, KVAAB, VSR</i>	Arbetslöshet 16-64 år (%)	9,3%	9,0%	9,1%	↘	8,0%		Källa: AF månadsstatistik
		Resultat vid avslut i kommunens arbetsmarknadsverksamhet, deltagare från Katrineholm som börjat arbeta eller studera	27%	36%		↗	38%		KOLADA: <a href="#">U40455</a> (v. 12) Källa: Egen undersökning i kommunen (insamlingen Kommunal arbetsmarknadsstatistik).
		Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%) av befolkningen	2,12%	1,69%		↗	2,1%		KOLADA: <a href="#">N31816</a> (v. 25) Källa: Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd.
<b>Ökad trygghet &amp; säkerhet</b>	<b>Ökad beredskap för samhällsstörningar</b> <i>Huvudansvar: KS/KLF Medansvariga: KS/SBF, BIN, BMN, STN, SOCN, VON, KFAB, KVAAB, VSR</i>	Invánare som uppger att de har en tillräcklig hemberedskap för att klara sig utan samhällets hjälp i mer än en vecka, andel	-	-	35,7%	—	19%		Källa: Tillägsfråga i SCB:s medborgarundersökning. Nytt mått 2023.
		Medarbetare som uppger att de har en tillräcklig hemberedskap för att klara sig utan samhällets hjälp i mer än en vecka, andel	-	-	-	—	19%	—	Källa: Enkät riktad till kommunens medarbetare. Ingen enkät genomförd under 2023.
<b>Trygg omsorg &amp; vård</b>	<b>Ökad nöjdhet med hemtjänsten</b> <i>Huvudansvar: VON Medansvar: STN</i>	Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	-	88%	87%	→	90%		KOLADA: <a href="#">U21468</a> (v. 40) Källa: Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen.
		<b>Ökad nöjdhet med särskilt boende för äldre</b> <i>Huvudansvar: VON Medansvar: STN</i>	Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)	-	78%	83%	↗	80%	
	<b>Ökad nöjdhet med verksamheterna inom området funktionsstöd</b> <i>Huvudansvar: VON</i>	Brukarbedömning gruppboend LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	88%	-	80%	↘	88%		KOLADA: <a href="#">U28519</a> (v. 49) Källa: SKR:s undersökning om brukares uppfattning av kvalitet inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning.
		Brukarbedömning serviceboend LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	92%	-	79%	↘	92%		KOLADA: <a href="#">U28526</a> (v. 49) Källa: SKR:s undersökning om brukares uppfattning av kvalitet inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning.
		Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	88%	-	85%	↘	88%		KOLADA: <a href="#">U28533</a> (v. 49) Källa: SKR:s undersökning om brukares uppfattning av kvalitet inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning.



Övergripande mål	Resultatmål	Indikatorer	Utfall 2021	Utfall 2022	Utfall 2023	Trend	Riktvärde årsred. 2023	Status	Källa/kommentar
		Brukarbedömning boendestöd SoL - Brukaren får den hjälp hen vill ha, andel (%)	91%	-	72%	↘	91%		KOLADA: <a href="#">U26421</a> (v. 49) Källa: SKR:s undersökning om brukares uppfattning av kvalitet inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning.
	<b>Ökade förutsättningar för aktiviteter för brukare inom vård och omsorg</b> <i>Huvudansvar: VON Medansvar: KULN</i>	Brukare som svarar att de är ganska/mycket nöjda med de aktiviteter som erbjuds på sitt särskilda boende för äldre, andel (%)	-	67%	62%	↘	69%		KOLADA: <a href="#">U23470</a> (v. 40) Källa: Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen.
		Brukare i särskilt boende för äldre som svarar att de upplever att möjligheterna att komma utomhus är ganska/mycket bra, andel (%)	-	64%	69%	↗	66%		KOLADA: <a href="#">U23469</a> (v. 40) Källa: Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen.
	<b>God patientsäkerhet inom vård och omsorg</b> <i>Huvudansvar: VON</i>	Personal inom vård och omsorg som följer basala hygienrutiner och klädregler, andel (%)	78%	73%	69%	↘	75%		Källa: Vård- och omsorgsförvaltningen
		Personer i särskilt boende som har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en åtgärd mot riskområdet utförts, andel (%)	55%	61%			65%		KOLADA: <a href="#">U23433</a> (v. 8) Källa: Senior Alert
		Personer i ordinärt boende med hemsjukvård som har bedömts ha risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en åtgärd mot riskområdet utförts, andel (%)	-	-			50%		KOLADA: <a href="#">U21432</a> (v. 8) Källa: Senior Alert
	<b>Förebyggande och tidiga insatser för barn och unga ska prioriteras så att antalet placeringar minskar</b> <i>Huvudansvar: SOCN Medansvariga: KS/KLF, BIN, KULN, VON</i>	Informationstillfällen av socialsekreterare i verksamheter som har anmälningsskyldighet, antal enheter	9	5	19	↗	25		Källa: Socialförvaltningen
		Föräldrastödsutbildning, antal utbildade föräldrar	-	86	42	↘	100		Källa: Socialförvaltningen
		Besök på familjecentralens öppna förskola	2 157	6 568	7 454	↗	8 000		Källa: Bildningsförvaltningen.
		HVB-placerade barn och unga (0-20 år), antal vårddygn	-	-	10 073	→	8 700		Källa: Socialförvaltningen
<b>Attraktiva &amp; hälso-främjande livsmiljöer</b>	<b>Jämställda och jämlika kultur-, idrotts- och fritidsverksamheter</b> <i>Huvudansvar: STN Medansvariga: KS/KLF, BIN,</i>	Könsfördelning besök på Perrongens fritidsverksamhet, andel flickor/kvinnor (%)	30%	30%	32%	↗	32%		Källa: Kulturförvaltningen
		Könsfördelning besök på Lyckliga Gatornas fritids- och	-	47%	46%	↘	50%		Källa: Kulturförvaltningen

Övergripande mål	Resultatmål	Indikatorer	Utfall 2021	Utfall 2022	Utfall 2023	Trend	Riktvärde årsred. 2023	Status	Källa/kommentar	
	KULN, SOCN, VON	lovverksamhet, andel flickor (%)								
		Könsfördelning deltagartillfällena 7-20 år idrottsföreningar med LOK-stöd, andel flickor/kvinnor (%)	38,2%	38,3%		→	39%		Komponentdata till KOLADA: <a href="#">U09800</a> (v. 48) Källa: Beräkning baserad på statistik från Riksidrottsförbundet	
		Barn och unga på Norr som är aktiva i en idrottsförening, andel (%)	17%	20%		↗	20%		Källa: <a href="#">Riksidrottsförbundet</a> . Norr var det RegSO-område inom kommunen där lägst andel barn och unga var aktiva i en idrottsförening 2021.	
	Ökad nöjdhet med måltiderna och minskad risk för undernäring i äldreomsorgen <i>Huvudansvar: STN Medansvarig: VON</i>	Brukare som svarar att maten smakar ganska/mycket bra på sitt särskilda boende för äldre, andel (%)	-	63%	71%	↗	72%		KOLADA: <a href="#">U23467</a> (v. 40) Källa: Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen.	
		Brukare som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende för äldre oftast/alltid är en trevlig stund på dagen, andel (%)	-	63%	65%	↗	66%		KOLADA: <a href="#">U23468</a> (v. 40) Källa: Undersökningen av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen.	
		Personer med biståndsbedömd matdistribution som anger att maten smakar ganska/mycket bra, andel (%)	-	-	82%	→	80%		Källa: Service- och teknikförvaltningen	
		Riskbedömningar med bedömd risk för undernäring som har en utförd förebyggande åtgärd, andel (%)	73%	67%	71%	↗	70%		Källa: Vård- och omsorgsförvaltningen Senior Alert	
	Klimatsmart & hållbar kommun	Minskad klimatpåverkan från kommunens fordon och transporter <i>Huvudansvar: STN Medansvariga: KS/KLF, KS/SBF, BIN, BMN, KULN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KVAAB, VSR</i>	Fossiloberoende fordon i kommunorganisationen, andel (%)	73,8%	81,8%		↗	85%		KOLADA: <a href="#">U00502</a> (v. 16) Källa: Miljöfordon syd. Inkluderar personbilar samt lätta lastbilar i kommunorganisationen, ej tunga lastbilar.
			Kommunens förbrukning av fossilt bränsle, antal liter diesel och bensin	135 037	95 071	96 600	↘	90 000 l		Källa: Service- och teknikförvaltningen. Mäter all förbrukning, även arbetsmaskiner och tunga fordon.
		Minskad energi- och elförbrukning i de kommunala verksamheterna <i>Huvudansvar: KS/SBF Medansvariga: KS/KLF, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KVAAB, VSR</i>	Minskad energiintensitet (el och värme) i kommunala verksamhetslokaler som förvaltas av KFAB jämfört med basår 2007, (kWh/m2)	-	26,5%	33,7%	↗	27%		Källa: KFAB
Energianvändning per gatubelysning, kWh/ljuspunkt			240,2	242,6		→	240		KOLADA: <a href="#">U07426</a> (v. 18) Källa: Gatustatistik	
Minskat avfall och ökad återanvändning och		Insamlat kommunalt avfall totalt, kg/invånare (justerat)	438	435		→	430		KOLADA: <a href="#">U07801</a> (v. 45) Källa: Avfall Sverige.	

Övergripande mål	Resultatmål	Indikatorer	Utfall 2021	Utfall 2022	Utfall 2023	Trend	Riktvärde årsred. 2023	Status	Källa/kommentar
	<b>Återbruk</b> <i>Huvudansvar: KS/SBF</i> <i>Medansvariga: KS/KLF, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KVAAB, VSR</i>	Kommunalt avfall som samlats in för materialåtervinning, inkl. biologisk behandling, andel (%)	47%	46%		↘	48%		KOLADA: <a href="#">U07414</a> (v. 45) Källa: Avfall Sverige.
		Återbruk genom Fritidsbanken, antal utlån		9 945	15 051	↗	10 500		Källa: Viadidakt
		Återbruk genom Bytestorget, beräknad besparing genom att kommunens förvaltningar återbrukar t.ex. möbler istället för att köpa nytt (mnkr)		4 mnkr	5,6 mnkr	↗	6 mnkr		Källa: Viadidakt
<b>Hållbart arbetsliv &amp; effektiv organisation</b>	<b>Högt medarbetar-engagemang</b> <i>Huvudansvar: KS/KLF</i> <i>Medansvariga: KS/SBF, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KVAAB, VSR</i>	Hållbart medarbetarengagemang, HME totalt	80	81	81	→	81		KOLADA: <a href="#">U00200</a> (löpande) Källa: Kommunens medarbetarundersökning
		<b>Halverad sjukfrånvaro för kommunens medarbetare</b> <i>Huvudansvar: KS/KLF</i> <i>Medansvariga: KS/SBF, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KVAAB, VSR</i>	Sjukfrånvaro totalt (%)	7,8%	8,5%	8,5%	→	7%	
		Tillsvidareanställda med upprepad sjukfrånvaro (mer än 5 tillfällen under de senaste 12 månaderna), andel (%)	-	20,3%	16,4%	↗	18%		Källa: Personalsystemet
	<b>God tillgänglighet till service och bra bemötande i kontakt med kommunen</b> <i>Huvudansvar: KS/KLF</i> <i>Medansvariga: KS/SBF, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KVAAB, VSR</i>	Medborgarundersökningen - Bra bemötande vid kontakt med tjänsteperson i kommunen, andel (%)	89,0%	-	81,6%	→	89%		KOLADA: <a href="#">N00640</a> (v. 51) Källa: SCB medborgarundersökning. Förändringen jämfört med 2021 är inte statistiskt säkerställd.
Medborgarundersökningen - Att få svar på frågor till kommunen fungerar bra, andel (%)		76%	-	72,1%	→	76%		KOLADA: <a href="#">N00647</a> (v. 51) Källa: SCB medborgarundersökning. Förändringen jämfört med 2021 är inte statistiskt säkerställd.	



## Redovisning av genomförd internkontroll 2023

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av genomförd internkontroll för 2023 och överlämnar den till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

### Sammanfattning av ärendet

Kommunens nämnder är enligt kommunallagen ansvariga för den interna kontrollen inom det egna området. Med intern kontroll avses åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens verksamheter och därmed minska risken för fel.

Vård- och omsorgsnämnden beslutade om internkontrollplan för det egna ansvarsområdet vid sitt sammanträde den 22 februari 2023, § 28.

Enligt kommunens reglemente för den interna kontrollen ska varje nämnd senast i samband med årsredovisningen rapportera resultatet av uppföljningen till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

Förvaltningens sammantagna bedömning är att uppföljningen visar att verksamheten inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde i huvudsak fungerar väl. Samtidigt visar uppföljningen att det inom några områden finns behov av åtgärder och också ett behov av fortsatt internkontroll under kommande år.

I bifogad redovisning framgår resultatet för var och en av de beslutade kontrollerna.

I förekommande fall framgår också vilka åtgärder vård- och omsorgsförvaltningen vidtagit eller planerat för att hantera de brister som framkommit.

### Ärendets handlingar

- Förslag till internkontrollrapport 2023 för vård- och omsorgsnämnden.

Anna-Lena Ramstedt  
Förvaltningschef

Lars Hernevid  
Verksamhetsstrateg

Beslutet skickas till: Kommunstyrelsen, revisorerna, intranätet, akten

Förslag

# Internkontroll- rapport

Vård- och omsorgsnämnden 2023

Datum: 2024-02-09

Dnr: VON/2023:6-1.5.2

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>Intern kontroll</b> .....	<b>4</b>
Definition av intern kontroll .....	4
Kommunens årshjul och process för internkontroll.....	4
<b>Riskvärdering</b> .....	<b>5</b>
<b>Internkontrollrapport</b> .....	<b>6</b>
Kontrollområde: Privata medel särskilt boende och gruppboende .....	6
Kontrollområde: Medborgarfunktionen.....	6
Kontrollområde: Avvikelsehantering .....	7
Kontrollområde: Kontroll av användare och behörigheter .....	7
Kontrollområde: Medarbetare och arbetsmiljö .....	8
Kontrollområde: Stärkt patientsäkerhet.....	9
Kontrollområde: Systematiskt brandskyddsarbete SBA .....	9

# Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan för 2023 har fokuserat på kontrollmoment som innebär att säkra kvalitet för verksamhetens brukare och för medarbetares arbetsmiljö. Exempelvis korrekt hantering av privata medel, att behörigheter i verksamhetssystem är korrekta och uppföljning av avvikelshantering. Internkontrollplanen har också innehållit kontrollmoment som rör systematiskt arbetsmiljöarbete och systematiskt brandskyddsarbete.

Förvaltningens sammantagna bedömning är att uppföljningen visar att verksamheten inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde i huvudsak fungerar väl. Samtidigt visar uppföljningen att det inom några områden finns behov av åtgärder och också ett behov av fortsatt internkontroll under kommande år.

I rapporten framgår resultatet för var och en av de beslutade kontrollerna för 2023. I förekommande fall framgår också vilka åtgärder förvaltningen har vidtagit eller planerat för att hantera de brister som framkommit. Redovisningen av resultaten utgår från de kontrollområden som angavs i interkontrollplanen

# Intern kontroll

Nämnden ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

## Definition av intern kontroll

Med intern kontroll avses kommunens och kommunkoncernens interna förfaringssätt och arbetsrutiner som syftar till att säkerställa att organisationens mål uppfylls, att avtal följs och att verksamheten är laglig. Den interna kontrollen avser åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens verksamheter och därmed minska risken för avsiktliga eller oavsiktliga fel.

I Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll anges att nämnden löpande ska följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området. Nämnden ska årligen utifrån en genomförd risk- och sårbarhetsanalys upprätta en plan för sin interna kontroll. Det innebär bland annat att kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

## Kommunens årshjul och process för internkontroll

Intern kontroll är en process i flera steg:

- Utvärdering av föregående års interna kontroll (nämndens internkontrollrapport)
- Kartläggning av presumtiva kontrollområden och kontrollmoment
- Värdering av risk och väsentlighet
- Prioritering av kontrollmoment baserat på riskvärderingen
- Framtagande av kontrollmetoder
- Upprättande av nämndens internkontrollplan för det kommande året
- Genomförande av kontrollmoment
- Framtagande av åtgärder utifrån genomförd intern kontroll
- Uppföljning av åtgärder
- Sammanställning av nämndens årliga internkontrollrapport
- Kommunstyrelsens årliga uppföljning av nämndernas interna kontroll.

Resultatet av den interna kontrollen från föregående år (*internkontrollrapport*) rapporteras till kommunstyrelsen och kommunens revisorer. Nämndernas internkontrollrapporter behandlas av kommunstyrelsen vid dess sammanträde i mars vilket innebär att rapporterna ska vara kommunledningsförvaltningen till handa under februari för beredning.



# Riskvärdering

En kartläggning och riskvärdering av kontrollområden och kontrollmoment ligger till grund för internkontrollplanen. Nedanstående modell används för värdering av risk och väsentlighet. Med *risk* i detta sammanhang avses sannolikheten för att fel eller skada uppträder. Med *väsentlighet* avses konsekvensen om risken inträffar.

Risk		Väsentlighet	
Värde	Förklaring	Värde	Förklaring
1	Osannolik	1	Försumbar
2	Mindre sannolik	2	Lindrig
3	Möjlig	3	Kännbar
4	Sannolik	4	Allvarlig

Vid värdering av risker multipliceras risken med väsentligheten. I internkontrollrapporten anges samma siffrvärde för riskvärderingen som i internkontrollplanen. Nedan anges hur riskvärderingen ska tolkas.

Värdering (risk x väsentlighet)	Förklaring	Hantering
Värde 1-3	Risken accepteras.	Ingen åtgärd.
Värde 4-8	Risken hålls under uppsikt.	Bevakning
Värde 9-12	Risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan
Värde 13-16	Stor risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan

# Internkontrollrapport

## Kontrollområde: Privata medel särskilt boende och gruppboendestäder

**Kontrollmoment: Kontroll att uppsatt riktlinje kring hanteringen av privata medel följs.**

*Riskvärdering*

12.

*Risikkoментар*

Möjlig förekomst att rutiner och riktlinjer ej följs. Kan leda till allvarlig konsekvens.

*Koментар*

Datum för kontroll: Hösten 2023.

*Resultat*

Enhetschefer inom särskilt boende samt gruppboendestäder har under året kontrollerat samtliga brukares kassor, samt att rutinen privata medel följs. Avvikelse som framkommit är tex. saknade överenskommelser, saknade och ej korrekt ifyllda kassablad. Flera enheter har inga avvikelser alls. Åtgärder har vidtagits där avvikelser funnits, till exempel samtal med kontaktpersoner, genomgång på arbetsplatsträff och kontakt med god man.

## Kontrollområde: Medborgarfunktionen

**Kontrollmoment: Aktgranskning**

*Riskvärdering*

9.

*Risikkoментар*

Möjlig risk för bristande kvalitet i utredningar. Kan få kännbar konsekvens.

*Koментар*

Datum för kontroll: november 2023.

*Resultat*

Årets aktgranskning har gjorts gemensamt med verksamhetsuppföljning av utförarverksamhet inom förvaltningen. Frågeställning har varit om handlägningsprocessen går att följa genom dokumentation.

Då förvaltningen beslutat genomföra en verksamhetsuppföljning på utvalda områden där också myndighet ingår har Medborgarfunktionsens myndighet valt att ingå i denna gemensamma granskning.

Granskningen visar att handläggare behöver påminnas om vikten av uppföljning även om omprövning av beslut inte är aktuellt. Det finns ett antal beslut enligt LSS som inte har följts upp på ett antal år, dock har andra insatser beviljats efteråt vilket visar att livssituationen, på annat sätt, följts upp för brukaren.

Granskningen visar på bra och utförliga genomförandeplaner inom LSS. Det framkommer två brukare som inte har någon genomförandeplan.

Förbättringsåtgärder som konstaterats är att finna en bättre systematik i hur genomförandeplaner namnges. Då en brukare kan ha flera insatser och genomförandeplanen för varje insats uppdateras två gånger syns många dokument i verksamhetssystemet.

## Kontrollområde: Avvikelsehantering

### Kontrollmoment: Kontroll av ej hanterade avvikelser

#### Riskvärdering

12.

#### Risikkommentar

Förekomst av brister i nuvarande hantering. Kan leda till allvarlig konsekvens.

#### Kommentar

Datum för kontroll: Av enhetschef månadsvis och sammanställning på förvaltningsnivå per tertial (230502), delår (230801) och helår (240101).

#### Resultat

Totalt sett har förvaltningen 2023 något fler avvikelser än 2022. Totalt 5 037 avvikelser har rapporterats och 3 625 har bearbetats och avslutats vid årets slut. Av samtliga avvikelser under 2023 står 973 stycken som ej bedömda, vilket motsvarar 19,32 %. En ökning från cirka 14 % under föregående år. Drygt 50 % av de ej bedömda avvikelserna kommer från årets två sista månader. Utfallet varierar mellan verksamheterna, åtgärder sätts in utifrån behov inom respektive verksamhet. Det totala utfallet är inte på en önskvärd nivå och kontrollpunkten behöver kvarstå till kommande år.

Verksamhet	Totalt	Avslutad	Ej bedömd	% ej bedömda
Hälso- och sjukvård	134	51	8	6%
Särskilt boende äldre	789	517	143	18%
Funktionsstöd	346	283	15	4%
Stöd ordinärt boende intern	564	331	162	29%
Stöd ordinärt boende extern	53	38	8	15%
<b>Totalsumma</b>	<b>1 886</b>	<b>1220</b>	<b>336</b>	<b>18%</b>

#### Ej hanterade avvikelser SoL/LSS redovisas enligt följande statistikutdrag

Verksamhet	Totalt	Avslutad	Ej bedömd	% ej bedömda
Hälso- och sjukvård	2	1	1	50%
Särskilt boende äldre	1 170	835	191	16%
Funktionsstöd	647	533	40	6%
Stöd ordinärt boende intern	1 202	686	400	33%
Stöd ordinärt boende extern	53	41	5	9%
Medborgarfunktionen	1	1		0%
Totalsumma	3 075	2097	637	21%

## Kontrollområde: Kontroll av användare och behörigheter

### Kontrollmoment: Granskning av att aktuella användare ligger i våra verksamhetssystem, samt att de har rätt behörighet

#### Riskvärdering

9.

#### Risikkommentar

Sannolikt att det förekommer brister i nuvarande hantering. Kan leda till kännbar konsekvens.

#### Kommentar

Datum för kontroll: 2023-06-07.

*Resultat*

Stickprov har gjorts. Ingen av användarna som kontrollerades saknade några behörigheter men några hade äldre behörigheter som låg kvar och som behövde avslutas.

**Kontrollmoment: Slumpmässig loggkontroll i verksamhetssystemet Treserva***Riskvärdering*

12.

*Kommentar*

Datum för kontroll: Löpande under året.

*Resultat*

Löpande stickprov under året. Inga avvikelser har framkommit.

**Kontrollområde: Medarbetare och arbetsmiljö****Kontrollmoment: Hantering av arbetsskador och tillbud***Riskvärdering*

12.

*Riskkommentar*

Möjligt att rapporterade ärenden blir liggande innan de hanteras. Kan få allvarlig konsekvens.

*Kommentar*

Datum för kontroll: 1 januari - 31 december 2023.

*Resultat*

Granskning av statistik har genomförts av utredare. Totalt har 722 arbetsskador och tillbud rapporterats. Granskningen visar att 21 % (155 stycken) av de händelser som rapporterats under året inte har hanterats i Stella, som är det system där arbetsskador och tillbud ska hanteras. Majoriteten av de ej hanterade händelserna härrör från årets tre sista månader. Under slutet av året har åtgärd påbörjats där HR i återkommande uppföljningar med chef tittar på bland annat arbetsskador och tillbud. Kontrollpunkten bör kvarstå för att följa effekten av detta.

**Kontrollmoment: Genomförande av skyddsronder.***Riskvärdering*

12

*Riskkommentar*

Möjligt att skyddsronder inte genomförs årligen på alla arbetsplatser. Allvarligt för arbetsgivarens förmåga att bedöma och förebygga risker i arbetet.

*Kommentar*

Datum för kontroll: 2023-12-29.

*Resultat*

Internkontrollen av skyddsronder visar att större delen av enheterna genomfört den fysiska skyddsronden enligt rutin. Dock har det funnits svårigheter att följa upp kontrollpunkten då protokoll från skyddsronden inte har sparats på avsedd plats. Någon chef uppger också att de i introduktionen som ny chef inte fått till sig när skyddsronder skall göras och var den skall sparas. En genomgång på ledningsgruppsmöten kommer att ske för enhetschefer för att informera om rutiner för skyddsronder och fånga upp dem som inte fått information vid sin anställning. Där kommer det också klargöras var protokoll sparas för att säkerställa att det lätt kan hittas vid exempelvis chefsbyten. Kontrollpunkten kvarstår till kommande år.

## Kontrollområde: Stärkt patientsäkerhet

### Kontrollmoment: Rapporterade avvikelser enligt HSL har dokumenterad uppföljning av åtgärder

#### Riskvärdering

9.

#### Riskkommentar

Risk att avvikelser avslutas utan att vidtagna åtgärders effekt har säkerställts.

#### Kommentar

Datum för kontroll: 2024-01-01.

#### Resultat

Kontrollen visar att 7 % av samtliga bedömda avvikelser enligt hälso-och sjukvårdslagen saknar dokumenterad uppföljning av åtgärder. En förbättring från 18,5% under föregående år.

### Kontrollmoment: Vårdhygienisk egenkontroll - Hygienrond

#### Riskvärdering

9.

#### Kommentar

Datum för kontroll: 2024-01-02.

#### Resultat

Vårdhygienisk egenkontroll har genomförts på tre särskilda boenden för äldre. Utifrån de behov av förbättringsåtgärder som noterats har handlingsplaner tagits fram och på två av de tre enheterna har de också följts upp under året. För den tredje enheten kommer uppföljning att ske under det första kvartalet 2024.

## Kontrollområde: Systematiskt brandskyddsarbete SBA

### Kontrollmoment: Genomförande av brandskyddsrond

#### Riskvärdering

12.

#### Kommentar

Datum för kontroll: 2023-12-29.

#### Resultat

Internkontrollen av brandskyddsronder visar att de inte har genomförts enligt rutin på alla enheter. Rutinen har inkluderats i chefernas årshjul under början av året. Några chefer har uppgett att de inte har full kännedom om rutinen. Granskningen har också visat att det funnits oklarheter gällande var protokoll från brandskyddsronderna skall sparas. En genomgång på ledningsgruppsmöten kommer att ske för enhetschefer för att informera om SBA-arbetet och fånga upp de som inte fått information vid sin anställning. Samt utredning/uppföljning av hur enhetschefers introduktion utförs och följs upp. Kontrollpunkten kvarstår till kommande år.



## Förslag till internkontrollplan 2024 vård- och omsorgsnämnden

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner upprättad internkontrollplan för år 2024.

### Sammanfattning av ärendet

Kommunens nämnder är enligt kommunallagen ansvariga för den interna kontrollen inom sitt eget verksamhetsområde.

Vård- och omsorgsförvaltningen har, bland annat med utgångspunkt från resultatet av 2023 års internkontrollarbete, upprättat ett förslag till internkontrollplan för år 2024.

I planen fastställs bland annat vilka kontroller som ska genomföras under året och vem som ska utföra respektive kontroll. Internkontrollplanen innehåller både ekonomiska kontroller och verksamhetskontroller.

Rapportering av genomförda kontroller kommer att ske senast i samband med vård- och omsorgsnämndens årsredovisning för 2024.

### Ärendets handlingar

- Förslag till vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2024.

Anna-Lena Ramstedt  
Förvaltningschef

Lars Hernevid  
Verksamhetsstrateg

Beslutet skickas till: Intranätet, controller, ekonom, akten

Förslag

# Internkontroll- plan

Vård- och omsorgsnämnden 2024

Datum: 2023-02-09

Dnr: VON/2024:18-1.5.2

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>Intern kontroll</b> .....	<b>4</b>
Definition av internkontroll .....	4
Kommunens årshjul och process för internkontroll.....	4
<b>Kartläggning av kontrollområden, kontrollmoment och riskvärdering</b> .....	<b>5</b>
Modell för kartläggning och riskvärdering .....	5
Kartläggning av kontrollområden och kontrollmoment.....	6
Riskvärdering av kontrollmoment.....	6
<b>Internkontrollplan</b> .....	<b>7</b>



# Sammanfattning

Internkontrollplanen för 2024 innefattar både verksamhetsmässiga och ekonomiska kontroller. Under 2022 infördes en ny typ av verksamhetsuppföljning som täckte in kontrollmoment som tidigare funnits med i internkontrollen.

Verksamhetsuppföljningar är breda och har utvecklats ytterligare under 2023 och nu har även aktgranskning blivit en del av verksamhetsuppföljningen och behöver då inte finnas med i internkontrollplanen för 2024.

Gällande användare och behörigheter har kontrollmomenten förändrats till loggkontroll av akut- och buffertförråd.

Ett nytt kontrollområde har tillkommit, belastningsregister. När det gäller medborgarfunktionen har kontrollmomentet uppföljning av hemtjänstbeslut tillkommit.

Kontrollområdet patientsäkerhet finns inte längre med som kontrollområde utifrån förbättrat utfall, och en sänkt riskbedömning som grundar sig i bättre metoder för egenkontroll.

# Intern kontroll

Nämnden ska årligen kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

## Definition av internkontroll

Med intern kontroll avses kommunens och kommunkoncernens interna förfaringssätt och arbetsrutiner som syftar till att säkerställa att organisationens mål uppfylls, att avtal följs och att verksamheten är laglig. Den interna kontrollen avser åtgärder som bidrar till att utveckla och säkerställa funktion och kvalitet i kommunens verksamheter och därmed minska risken för avsiktliga eller oavsiktliga fel.

I Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll anges att nämnden löpande ska följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området. Nämnden ska årligen utifrån en genomförd risk- och sårbarhetsanalys upprätta en plan för sin interna kontroll. Det innebär bland annat att kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet.

## Kommunens årshjul och process för internkontroll

Framtagandet av internkontrollplanen är en process i flera steg:

- Utvärdering av föregående års interna kontroll (internkontrollrapport)
- Kartläggning av presumtiva riskområden och kontrollmoment
- Värdering av risker
- Prioritering av kontrollområden baserat på riskvärderingen
- Framtagande av kontrollmetoder
- Upprättande av nämndens internkontrollplan

Nämnderna ska senast i februari fastställa sina planer för det kommande årets interna kontroll (*internkontrollplan*). Resultatet av den interna kontrollen från föregående år (*internkontrollrapport*) rapporteras till kommunstyrelsen och kommunens revisorer. Nämndernas internkontrollrapporter behandlas av kommunstyrelsen vid dess sammanträde i mars vilket innebär att rapporterna ska vara kommunledningsförvaltningen till handa under februari för beredning.

# Kartläggning av kontrollområden, kontrollmoment och riskvärdering

## Modell för kartläggning och riskvärdering

Första steget i arbetet med internkontrollplanen är att kartlägga presumtiva kontrollområden. Kontrollområdena kan bestå av flera kontrollmoment. Utgångspunkt för kartläggningen är att den interna kontrollen ska säkerställa att organisationens mål uppfylls, att avtal följs och att verksamheten är laglig. De områden, processer eller rutiner där kontrollen bedöms vara tillräcklig via förvaltningens systematiska kvalitetsarbete eller via andra upparbetade kontroller behöver inte tas med i internkontrollplanen.

I nästa steg ska en riskvärdering av de framtagna kontrollmomenten genomföras. Nedanstående modell ligger till grund för värdering av risk och väsentlighet.

Med *risk* i detta sammanhang avses sannolikheten för att fel eller skada uppträder. Med *väsentlighet* avses konsekvensen om risken inträffar.

Risk		Väsentlighet	
Värde	Förklaring	Värde	Förklaring
1	Osannolik	1	Försumbar
2	Mindre sannolik	2	Lindrig
3	Möjlig	3	Kännbar
4	Sannolik	4	Allvarlig

Vid värdering av risker multipliceras risken med väsentligheten enligt nedan.

Värdering (risk x väsentlighet)	Förklaring	Hantering
Värde 1-3	Risken accepteras.	Ingen åtgärd.
Värde 4-8	Risken hålls under uppsikt.	Bevakning
Värde 9-12	Risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan
Värde 13-16	Stor risk som kräver åtgärd.	Internkontrollplan

## Kartläggning av kontrollområden och kontrollmoment

Kartläggning av kontrollområden och kontrollmoment har genomförts i flera steg. Först i arbetsgrupp med representanter från olika verksamhetsområden och sedan i förvaltningens ledningsgrupp. En genomgång av föregående års internkontrollplan och rapport gicks igenom och utvärderades. Eventuella nya kontrollområden har fångats upp genom representanter från de olika verksamhetsområdena. Inom de kontrollmoment där föregående års internkontroll visat på brister har kontrollmomentet fått kvarstå. Där det funnits tydliga rutiner och där internkontrollen inte visat på brister har nya kontrollmoment föreslagits.

Nya kontrollområden och kontrollmoment som lyfts in är kontroll av inhämtat belastningsregister, loggkontroll i akut och buffertförråd samt uppföljning av hemtjänstbeslut.

I arbetet konstateras att den verksamhetsuppföljning som påbörjades under föregående år och som utvecklats under året har täckt upp flera kontrollmoment. Även en del potentiella nya kontrollmoment som uppmärksammats blir en del av verksamhetsuppföljningarna inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet och resultatet blir då en del av förvaltningens kvalitetsberättelse.

## Riskvärdering av kontrollmoment

I samband med kartläggningen av kontrollområden och kontrollmoment gjordes en ny risk- och väsentlighetsvärdering av de kontrollmoment som fanns med i föregående års plan. Vidare kartlades och riskvärderades nya kontrollområden och kontrollmoment.

Kontrollmoment gällande stärkt patientsäkerhet får en lägre riskvärdering än tidigare utifrån ett förbättrat utfall samt förbättrade metoder för egenkontroll. Dessa tas därmed inte med i internkontrollplanen för 2024. Gällande användare och behörigheter finns nu ett arbetssätt för kontroll av behörigheter och loggkontroll utifrån tidigare kontrollpunkter. Däremot ses en ökad risk för avvikelser gällande akut och buffertförråd och gällande korrekt hantering av narkotiska preparat. Utifrån det skiftas här kontrollmoment inom området.

# Internkontrollplan

Område	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Riskvärdering	Frekvens	Ansvarig
Privata medel särskilt boende och gruppboendestäder	<b>Kontroll att uppsatt riktlinje kring hanteringen av privata medel följs</b>	Enhetschef på särskilt boende samt gruppboendestäder kontrollerar samtliga brukares kassor, samt att tillämpningen av rutinen kring privata medel följs.	12	En gång per år i oktober.	Enhetschef
Medborgarfunktionen	<b>Uppföljning hemtjänstbeslut</b>	Ekonom rapporterar ärenden med hög andel bomtid inom hemtjänst. Enhetschef medborgarfunktion kontrollerar att uppföljning gjorts gällande insats.	9	4 gånger per år.	Enhetschef medborgarfunktionen
Avvikelsehantering	<b>Kontroll av ej hanterade avvikelser</b>	Utdrag ur Treserva, samt stickprov. Presentation per verksamhetsområde av antal ej hanterade avvikelser	12	3 gånger årligen	Utredare
Kontroll av användare och behörigheter	<b>Loggning av lås till akut och buffertförråd samt medicinskåp där narkotika förvaras separat i akut och buffertförrådet</b>	VOF- IT genomför loggning som lämnas till verksamhetschef HSV för granskning	16	En enhet per månad	IT-samordnare
Medarbetare och arbetsmiljö	<b>Hantering av arbets-skador och tillbud.</b>	Granskning av att rapporterade arbetsskador och tillbud hanteras skyndsamt. Utredare tar fram underlag.	12	3 gånger per år, mars, oktober och december	Verksamhetschefer
	<b>Genomförande av skyddsron</b>	Granskning av att årliga skyddsroner genomförs. Sker genom utredare kontrollerar att dokumentation avseende genomförda skyddsroner är sparade på korrekt plats.	12	1 gång per år i april	Utredare

Område	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Riskvärdering	Frekvens	Ansvarig
Systematiskt brandskyddsarbete SBA	<b>Genomförande av brandskyddsrond</b>	Granskning av att årliga brandskyddsrond genomförs. Sker genom att utredare kontrollerar att dokumentation avseende genomförda brandskyddsrond finns korrekt sparade.	12	En gång per år i april	Utredare
Utdrag ur belastningsregister	<b>Kontroll av inhämtande av utdrag från belastningsregister</b>	Stickkontroll av dokumentation om inhämtat utdrag från belastningsregister i samband med nyanställning i WinLas	9	Stickkontroll 3 ggr årligen	Verksamhetsstrateg

## Arbetsmiljö - årssammanställning 2023 vård- och omsorgsförvaltningen

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger sammanställningen till protokollet.

### Sammanfattning av ärendet

Vård- och omsorgsnämnden har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön. I praktiken sköts dock arbetsmiljöarbetet av tjänstepersoner utifrån delegation av fördelning av arbetsmiljöuppgifter.

Som en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet görs en årlig sammanställning till nämnden. Sammanställningen skall innehålla statistik, analys och åtgärder utifrån sjukfrånvaro, arbetsskador och tillbud samt avvikelser från rutin systematiskt arbetsmiljöarbete.

### Vård- och omsorgsförvaltningens bedömning

Vård- och omsorgsförvaltningen har i stort genomfört alla delar av det systematiska arbetsmiljöarbetet under året. De brister som framkommit är att några enheter inte genomfört en fysisk skydds rond i tid. Adekvata åtgärder är genomförda eller planerade.

Antalet arbetsskador har minskat samtidigt som antalet tillbud har ökat. Då kategoriseringen av arbetsskador gjorts om något mellan åren är det svårt att fånga upp vilken typ av arbetsskador som ökat eller minskat. Gällande tillbud är en stor andel kategoriserade som annat tillbud vilket också gör analyser svåra. Det som ändå går att se är förskjutningen till att det skrivs fler tillbud än arbetsskador vilket är positivt eftersom det vid ett tillbud är möjligt att sätta in förebyggande åtgärder innan en arbetsskada uppstår. Under föregående år genomfördes utbildningsinsatser gällande rapporteringen av arbetsskador och tillbud och repetition sker nu årligen på APT i verksamheterna.

Sjukfrånvaron har under året förskjutits från att det tidigare har varit en hög andel korttidsfrånvaro så är det nu i stället långtidssjukfrånvaron som ökat. Det följer till viss del de insatser som gjorts under året då fler av de riktade insatserna varit mot just korttidssjukfrånvaro. Vård- och omsorgsförvaltningen behöver under 2024 fördjupa sig i orsakerna till ökningen av lägre sjukfrånvaro och sätta in adekvata åtgärder.

## Redovisning

Som en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet görs en årlig sammanställning till nämnden. Sammanställningen skall innehålla statistik, analys och åtgärder utifrån sjukfrånvaro, arbetsskador och tillbud samt avvikelser från rutin systematiskt arbetsmiljöarbete.

### Rutin för systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM

På varje arbetsplats ska det finnas rutiner som beskriver hur det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) ska bedrivas. Rutinerna bör ge besked om när, hur och av vem det systematiska arbetsmiljöarbetet ska genomföras samt vilka som ska medverka. Vård- och omsorgsförvaltningen har gemensamma rutiner som har sin grund i de kommungemensamarutinerna för SAM. Som ett stöd till cheferna och för att ge en överblick över det arbete som skall ske under året finns ett årshjul.

Som en del i rutinen går respektive chefsnivå årligen igenom en checklista för att säkerställa att alla delar av SAM uppfylls och är genomförda. Där avvikelser från rutin framkommer sätts åtgärder inför det kommande året.

I samband med året genomgång framkommer att introduktion av nyanställda behöver förbättras. Utveckling av introduktion av nyanställda finns därmed med som en åtgärd under 2024.

Det framkom också att några enheter inte genomfört skyddsronde gällande den fysiska arbetsmiljön under året. De enheter som inte har genomfört den under året har meddelat att den genomförs tidigt under 2024. Frågan finns med i internkontrollplan för 2023 och föreslås kvarstå i internkontrollplan 2024.

## Sjukfrånvaro

Tabell 1. Sjukfrånvaro

Nyckeltal	Mät-datum	2023	Kvinnor 2023	Män 2023	2022	Kvinnor 2022	Män 2022
Sjukfrånvaro totalt (%)	1/12-30/11	10,1%	10,8%	7,5%	10,1%	10,6%	8,1%
Sjukfrånvaro totalt, varav <15 dagar (%)	1/12-30/11	5,1%	5,4%	3,8%	5,4%	5,6%	4,7%
Sjukfrånvaro totalt, varav 15-90 dagar (%)	1/12-30/11	1,8%	2,1%	0,9%	1,6%	1,8%	0,7%
Sjukfrånvaro totalt, varav >90 dagar (%)	1/12-30/11	3,7%	4,0%	2,5%	3,1%	3,2%	2,8%
Andel av totala sjukfrånvaron som avser frånvaro under en sammanhängande period av 60 dagar eller mer (%)	1/12-30/11	47%	48%	43%	39%	39%	40%
Tillsvidareanställda med upprepad sjukfrånvaro (mer än 5 tillfällen under de senaste 12 månaderna), antal	1/12-30/11	207	164	43	255	214	41



Sett till utfallet så är den totala sjukfrånvaron oförändrad i jämförelse med föregående år. Det har skett en förskjutning där korttidssjukskrivningarna minskat samtidigt som de längre sjukskrivningarna har ökat i omfattning. Nästan hälften av den totala sjukfrånvaron utgörs nu av medarbetare som har eller har haft en sjukfrånvaro längre än 60 dagar.

Under året har det inom verksamhetsområdet funktionsstöd skett ett fortsatt arbete utifrån metoden tjänstedesign som innebär att medarbetarna aktivt är en del i att utveckla metoder för att arbeta med insatser för att minska sjukfrånvaron och öka frisknärvaron. Inom äldreomsorgen har arbetet fortsatt utifrån den särskilda satsning som under 2022 inleddes tillsammans med Feelgood.

Grunden för det övriga arbete som har skett har varit resultaten i medarbetarundersökningarna där insatser och handlingsplaner tagits fram per enhet utifrån de behovs som föreligger just där.

Som stöd till chefer i arbetet med ett hållbart arbetsliv och god arbetsmiljö har förvaltningen gemensamt genomfört chefsforum tillsammans med HR med inriktning halverad sjukfrånvaro. Där delades erfarenheter och åtgärder på individ- och gruppnivå togs fram. Under hösten har ett nytt arbetssätt för systematiskt återkommande uppföljning och analys av sjuktal, rehabilitering samt arbetsskador- och tillbud på enhetsnivå påbörjats.

Med hjälp av statsbidraget "främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg" har vård- och omsorgsförvaltningen genomfört en utbildning för kunskapshöjning och implementering av friskfaktorer.

Sett till utfallet så är den totala sjukfrånvaron oförändrad i jämförelse med föregående år. Det har skett en förskjutning där korttidssjukskrivningarna minskat samtidigt som de längre sjukskrivningarna har ökat i omfattning. Nästan hälften av den totala sjukfrånvaron utgörs nu av medarbetare som har eller har haft en sjukfrånvaro längre än 60 dagar.

### **Arbetsskador och tillbud**

*Arbetsskador* är olycksfall under arbetstid och även på väg till eller från arbetet. Det kan också vara fysisk eller psykisk sjukdom som beror på arbetet. Samtliga arbetsskador ska rapporteras till Försäkringskassan och i allvarliga fall även till Arbetsmiljöverket. Även allvarliga tillbud rapporteras till Arbetsmiljöverket.

*Tillbud* är oönskade händelser som hade kunnat leda till hälsobesvär, sjukdom eller olycksfall. Rapporterade tillbud diskuteras på arbetsplatsträffar, där förebyggande åtgärder föreslås.

Tabell 2. Arbets-skador och tillbud

År	Arbets-skador	Tillbud	Totalt antal
<b>2023</b>	250	528	<b>778</b>
2022	318	300	<b>618</b>
2021	319	263	<b>582</b>
2020	<b>410</b>	<b>522</b>	<b>932</b>

Antalet rapporterade arbets-skador och tillbud har varierat de senaste åren. Under främst 2020 var antalet arbets-skador och tillbud högt till följd av Covid- 19. År 2023 ses en ökning gällande rapporterade tillbud medan antalet arbets-skador minskat

Tabell 3. Fördelning per händelse, arbets-skador 2023

Händelsetyp	2023
Slag, spark, skallning, strypning	29
Fallit eller ramlat i en vertikal rörelse	17
Fysisk överbelastning av kroppen, tex lyft, snedtramp	16
Skadad av person	10
Övriga	178
<b>Totalt</b>	<b>250</b>

Namn/kategori för olika händelsetyper ändrades under 2023 i systemstödet där arbets-skador och tillbud hanteras. Detta medför svårigheter i att göra jämförelser med tidigare års statistik. Av de rapporterade arbets-skadorna 2023 ledde 37 till frånvaro från arbetet. Året innan var antalet 39 och år 2021 37 stycken.

Tabell 4. Fördelning per händelse, arbets-skador 2021-2022

Händelsetyp	2022	2021
Skadad av person	91	96
Fysisk överbelastning	35	49
Psykisk överbelastning	12	13
Den skadade föll	40	43
Annan händelse	63	53
Övriga	77	65
<b>Totalt</b>	<b>318</b>	<b>319</b>

Tabell 5. Fördelning per händelse, tillbud

Händelsetyp	2023	2022	2021
Annat tillbud	162	80	61
Tillbud arbetsbelastning	134	79	73
Hot och våld	74	76	77
Tillbud kring psykisk överbelastning (hot, chock)	35	9	6
Belastningstillbud (lyft eller rörelse)	34	15	6
Kränkande särbehandling	33	12	13
Övriga	56	38	27
<b>Totalt</b>	<b>528</b>	<b>300</b>	<b>263</b>

Antalet rapporterade tillbud har ökat jämfört med tidigare år. Ökning syns inom i stort sett samtliga områden. Majoriteten är dock i kategorierna *annat tillbud* samt *tillbud arbetsbelastning*. Genomgång av ett urval av händelserna kategoriserade som *annat tillbud* visar att det i många fall rör sig tillbud som har en egen kategori och således är felkategoriserade. Gällande *tillbud arbetsbelastning* visar en mindre genomgång att de ofta är stressrelaterade.

Tabell 6. Fördelning per verksamhetsområde

Verksamhetsområde	Arbets-skador	Tillbud
Äldreomsorg	149	369
Funktionsstöd	49	76
Förvaltningskontor	4	4
Hälso- och sjukvård	8	12
Timvikarier	25	30

Inom funktionsstöd ses ett trendbrott då har antalet rapporterade tillbud och arbets-skador minskade 2023 efter att ha ökat både 2021 och 2022. Detta gäller framförallt de rapporterade arbets-skadorna som halverades jämfört med 2022. Tillbudet minskade också, dock inte lika kraftigt.

Inom äldreomsorgen är antalet rapporterade arbets-skador jämförligt med tidigare. Rapportering av tillbud fortsätter dock att öka, under 2023 mer än dubblerades antalet jämfört med 2022, från 141 till 369 stycken.

Anna-Lena Ramstedt  
Förvaltningschef

Lars Hernevid  
Verksamhetsstrateg

Beslutet skickas till: Akten



## Redovisning av inkomna domar 2023

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger redovisningen av inkomna domar under 2023 till protokollet.

### Sammanfattning av ärendet

Den enskilde har enligt lag rätt att överklaga de beslut som tas av vård- och omsorgsförvaltningen. Av delegationsordningen framgår vem som har rätt att yttra sig vid överklagan = delegaten i ursprungsbeslutet.

För att nämnden ska ha kännedom om rättspraxis i förvaltningen, har en sammanställning gjorts av inkomna domar under året.

Beslut fattas enligt följande lagar:

- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- Lag (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m. (BAB)
- Lag (1997:736) om färdtjänst och (1997:735) riksfärdtjänst
- Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL).

Samtliga domar har redovisats vid enskilda utskottets sammanträden.

### Ärendets handlingar

- Sammanställning av inkomna domar 2023

Anna-Lena Ramstedt  
Förvaltningschef

Andreas Karlsson  
1:e handläggare

Beslutet skickas till: Akten

**Vård- och omsorgsförvaltningen**Datum  
2024-01-25Vår beteckning  
VON/2023:44 – 1.5.2Vår handläggare  
Lili Eriksson, Andreas KarlssonErt datum  
Er beteckning

Vård- och omsorgsnämnden

## Sammanställning av inkomna domar 2023 till vård- och omsorgsförvaltningen

Den enskilde har enligt lag rätt att överklaga de beslut som tas av vård- och omsorgsförvaltningen. Beslut fattas enligt följande lagar:

- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- Lag (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m. (BAB)
- Lag (1997:736) om färdtjänst och (1997:735) riksfärdtjänst
- Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL).

Domarna som inkommit om insatser enligt LSS avser främst personlig assistans och enligt SoL främst särskilt boende.

### Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
8431-22	2022-12-20	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
9542-21	2022-11-21	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
2662-22	2022-11-03	Förvaltningsrätten	Tillfällig utökning av personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten undanröjer det överklagande beslutet och återförvisar målet till Vård- och omsorgsnämnden för ny prövning
8127-22	2022-11-03	Förvaltningsrätten	Tillfällig utökning av personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten undanröjer det överklagande beslutet och återförvisar målet till Vård- och omsorgsnämnden för ny prövning

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
4635-22	2022-12-16	Högsta förvaltningsdomstolen	Stöd och service till vissa funktionshindrade; fråga om prövningstillstånd	Högsta förvaltningsdomstolen avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
3392-22	2023-01-13	Kammarrätten	Personkretstillhörighet enligt LSS; fråga om prövningstillstånd	Förvaltningsrätten bifaller överklagan, till förmån för sökande.
1563-23	2023-02-27	Förvaltningsrätten	Avlösarservice enligt LSS; fråga om avskrivning	Förvaltningsrätten avskriver målet.
975-22	2023-01-12	Förvaltningsrätten	Assistansersättning	Förvaltningsrätten upphäver Försäkringskassans beslut till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
6113-22	2023-03-04	Förvaltningsrätten	Ekonomiskt stöd för personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten upphäver det överklagande beslutet för ny utredning och beslut till förmån för sökande.
9381-22	2023-05-23	Förvaltningsrätten	Tillfällig utökning av personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
1419-23	2023-06-06	Förvaltningsrätten	Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
5045-23	2023-10-13	Förvaltningsrätten	Bostad enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
2110-23	2023-09-05	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
6581-23	2023-09-13	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS; fråga om interimistiskt förordnande	Förvaltningsrätten bifaller överklagan, till förmån för sökande.
6340-23	2023-09-11	Förvaltningsrätten	Ekonomiskt stöd till skälig kostnad för personlig assistans; nu fråga om rättshjälp	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
3155-23	2023-10-31	Kammarrätten	Ekonomiskt stöd till skälig kostnad för personlig assistans; nu fråga om prövningstillstånd	Kammarrätten meddelar inte prövningstillstånd till förmån för vård- och omsorgsnämnden.

### Färdtjänst/riksfärdtjänst

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
-	-	-	-	-

### Socialtjänstlagen

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
5908-22	2022-11-08	Förvaltningsrätten	Särskilt boende SoL	Förvaltningsrätten bifaller överklagandet till förmån för sökande.
2049-23	2023-03-27	Förvaltningsrätten	Bistånd enligt socialtjänstlagen	Förvaltningsrätten upphäver det överklagande beslutet till förmån för sökande.
4856-23	2023-09-12	Förvaltningsrätten	Bistånd enligt socialtjänstlagen särskilt boende	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.

### Bostadsanpassningsbidrag

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
-	-	-	-	-

### Antal domar 2023 (LSS och SoL)

Antal domar i Förvaltningsrätten	16
Antal domar i Kammarrätten	2
Antal domar i Högsta förvaltningsdomstolen	1
Antal personer	14

### Antal personer och domar 2019-2023 (LSS och SoL)

I tabellen nedan redovisas antal personer och domar i de olika förvaltningsrättsliga domstolarna (åren 2019-2023). En person kan omfattas av flera beslut i olika instanser. En dom kan avse beslut som fattats tidigare år. Sammanställningen nedan bygger på enskilda utskottets protokoll 2023 med inkomna domar.

	2019	2020	2021	2022	2023
Antal personer	18	19	16	15	14
Beslut Förvaltningsrätten	18	21	17	14	16
Beslut Kammarrätt	7	6	1	4	2
Beslut Högsta förvaltningsdomstolen	0	0	0	0	1

## Domar i förhållande till antal beslut

Nedan redovisas antal inkomna domar i förhållande till antal fattade beslut avseende personlig assistans LSS och särskilt boende SoL.

Personlig assistans LSS	Antal beslut	Därav antal avslag/delavslag	Antal beslut som överklagats	Antal ändrade beslut
2019	35	12/4	7	2
2020	49	12/5	2	4
2021	45	5/2	3	1
2022	37	11/2	3	1
2023	46	8/4	6	2

Särskilt boende SoL	Antal beslut	Därav antal avslag/delavslag	Antal beslut som överklagats	Antal ändrade beslut
2019	191	20	3	2
2020	205	23	4	0
2021	166	7	0	0
2022	181	6	1	1
2023	181	21	0	1

Överklagan gällande beslut som fattats under slutet av ett år kan förskjutas till kommande år. Förvaltningsrättens prövningstid kan ta upp till ett år efter mottagen överklagan.

Andreas Karlsson  
1:e handläggare



## Redovisning av inkomna synpunkter juli-december 2023

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden lägger redovisningen av inkomna synpunkter till protokollet.
- Vård- och omsorgsnämnden beslutar att redovisning av inkomna synpunkter framöver kommer att ske i förvaltningens kvalitetsberättelse.

### Sammanfattning av ärendet

Enligt beslut i dåvarande socialnämnden den 13 november 2002, § 216, ska inkomna synpunkter redovisas för nämnden två gånger per år. Perioderna ska avse januari-juni och juli-december. Redovisningen ska ske som ett särskilt ärende för att betona vikten av verksamheten. Cheferna ska samordna sig i ett ärende som övergripande ska redovisa vilka synpunkter som kommit in under perioden och hur de åtgärdats.

Under perioden juli-december 2023 har tre synpunkter blivit registrerade som allmän handling i det allmänna diariet. De visar ingen heltäckande bild av medborgarnas åsikter om verksamheten, utan mera exempel på vad det kan inkomma synpunkter om.

I diarieförteckningen framgår vad synpunkterna handlat om samt hur synpunkterna hanterats och vilka åtgärder som vidtagits.

Utifrån att nuvarande lagstiftning ställer högre krav än tidigare på att vårdgivare måste arbeta förebyggande med avvikelser, klagomål och synpunkter har förvaltningen under första halvåret 2023 justerat sitt arbetssätt. Tidigare har förvaltningen haft synpunkter och avvikelser skrivna utifrån person i två olika system vilket har försvårat uppföljning på övergripande nivå. Utifrån justerat arbetssätt samlas dessa synpunkter och avvikelser i samma verksamhetssystem. Målsättning med att justera arbetssätt enligt ovan är att arbeta mer systematiskt med frågeställningen än vad som varit möjligt tidigare.

För att tydliggöra redovisningen av det systematiska arbetet ser förvaltningen ingen fördel längre i att redovisa synpunkter till nämnden i ett eget ärende. För att uppnå en bättre överblick i redovisningen av avvikelser, klagomål och synpunkter ser förvaltningen att det framöver sker bäst i förvaltningens kvalitetsberättelse.

### Ärendets handlingar

- Diarieförteckning över inkomna synpunkter perioden juli-december 2022

## Statistik

År	Förvaltnings- kontor	Äldreomsorg	Funktionsstöd	Övergripande på förvaltning	Antal
(juli- dec 2023)	(0)	(3)	(0)	(0)	(3)
2023	2	12	0	1	15
2022	2	21*	3	2*	27
2021	4***	15***	2	0	19
2020	7*	16*	3*	0	23

År	MYS	SoB	SÄBO	FS	HSV	Antal
2019	4	15	4	3	0	26
2018	3**	8**	12**	2**	1**	22

Siffror inom (parentes) avser halvår.

\* = En synpunkt berörde två verksamhetsområden och är redovisad i bådas kolumn.

\*\* = En synpunkt berörde alla verksamhetsområden och är redovisad i allas kolumner.

\*\*\* = Två synpunkter berörde två verksamhetsområden och är redovisad i bådas kolumn.

MYS = Myndighets- och specialistavdelning

SoB = Stöd ordinärt boende

SÄBO = Särskilt boende äldre

FS = Funktionsstöd

HSV = Hälso- och sjukvård

Från den 1 januari 2020 har vård- och omsorgsförvaltningen en ny organisation bestående av tre verksamhetsområden. Förvaltningskontor är i stora drag en sammanslagning av MYS och HSV. Äldreomsorg är en sammanslagning av SoB och SÄBO. Tidigare år redovisas utifrån då gällande organisation.

Från det andra halvåret 2023 är HSV åter ett eget verksamhetsområde. Då det inte inkom några synpunkter inom verksamhetsområdena Förvaltningskontor och HSV under den perioden särskiljs de inte i egna kolumner.

Anna-Lena Ramstedt  
Förvaltningschef

Beslutet skickas till: *Akten*

**Vård- och omsorgsförvaltningen**
**SYNPUNKTER 2023 juli - december  
Sammanställning och diarieförteckning**

FK = Förvaltningskontor, ÄO = Äldreomsorg, FS = Funktionsstöd

**Ansv. Chef:** FC = Förvaltningschef, VC = Verksamhetschef, EC = Enhetschef

**Datum: 2024-01-08**

Nr	Inkom	Verksamhetsområde	Enhet	Synpunkt	Om-döme Pos Neutr Neg	Ansv chef (FC, VC, EC)	Senaste dag för svar/ handläggning (14 arb.dgr)	Besvarat/ åtgärdat den	Hantering/åtgärd
13	2023-08-15	ÄO	Lövåsgården Korttids	Synpunkt om rökning utanför byggnad	Neg	EC Lövåsgården korttids	2023-09-04	2023-08-16	Enhetschef har i återkoppling redogjort för vilket regelverk som gäller för rökning i kommunen. Enhetschef kommer att lyfta regelverk för rökning i berörda arbetsgrupper.
14	2023-08-31	ÄO	Hemtjänst Öster	Synpunkt om att hemtjänstbil kör fort	Neg	EC Hemtjänst Öster	2023-09-20	2023-09-01	Berörd enhetschef har haft samtal med föraren vid aktuellt tillfälle.
15	2023-12-27	ÄO	Lövåsgården Äldreboende	Synpunkt om språkbruk	Neg	VC ÄO	2024-01-17	2024-01-08	Berörd enhetschef har i redogörelse förklarat att språkbruk kommer att lyftas i alla personalgrupper på

## Förslag att ansöka om statsbidrag för personliga ombud 2024 samt årsredovisning 2023 och verksamhetsplan 2024

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden godkänner vård- och omsorgsförvaltningens ansökan till länsstyrelsen om statsbidrag för verksamhet med personliga ombud i Katrineholm och Flen 2024.
- Nämnden ställer sig bakom årsredovisning 2023 och verksamhetsplan 2024.

### Sammanfattning av ärendet

Länsstyrelsen har den 17 november 2023 översänt information om ansökan om statsbidrag för verksamhet med personliga ombud år 2024.

Kommuner som driver verksamhet med personliga ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar enligt SFS 2013:522, har möjlighet att ansöka om statsbidrag för verksamheten 2024. Ansökan ska ha inkommit till Länsstyrelsen senast den 1 mars 2024.

Liksom tidigare ska sökande enbart ange antal årsanställning av personliga ombud som ansökan avser. Sökanden ska inte omräkna antalet ombud i kronor eller ange det totalbelopp som söks. Det fastställs av Länsstyrelsen i beslutet efter att Socialstyrelsen fördelat statsbidraget mellan länen. Till ansökan ska en verksamhetsplan eller motsvarande för verksamheten bifogas.

Efter beslut måste de kommuner som beviljas statsbidrag rekvirera medlen från Länsstyrelsen genom en särskild begäran om utbetalning.

Vård- och omsorgsförvaltningen har upprättat ansökan för 2024 års verksamhet.

## Ärendets handlingar

- Ansökan till Länsstyrelsen om statsbidrag för verksamhet med personliga ombud år 2024
- Verksamhetsplan 2024
- Verksamhetsberättelse 2023

Anna-Lena Ramstedt  
Förvaltningschef

Pia Aalto  
Enhetschef medborgarfunktionen

Beslutet skickas till: Länsstyrelsen, akten

Kopia för kännedom: Flens kommun

## ANSÖKAN

Skickas till:  
Länsstyrelsen i Södermanlands län  
Enheten för social hållbarhet  
611 86 Nyköping

**Ansökan om statsbidrag för verksamhet med Personligt ombud 2024**

Uppgifter i ansökan avser de kriterier och förutsättningar för statsbidrag till verksamheter med personligt ombud som anges i SFS 2013:522. Länsstyrelsen beslutar och betalar ut statsbidrag till en kommun utifrån bestämmelserna i SFS 2013:522 §§ 2-6 och 8.

En kommun svarar inom ramen för socialtjänsten för verksamheten med personligt ombud. Blanketten innehåller ett antal frågor om hur verksamheten ska organiseras och vilka förutsättningar som ombudet/ombuden kommer att få i sitt arbete. Länsstyrelsen förutsätter att uppgifter, som lämnas i ansökan, diskuterats med aktuella samverkansparter.

**Statsbidragets omfattning**

Beloppet justeras av Socialstyrelsen utifrån hur många ansökningar som inkommit. *Ange med två decimaler. Om ni t.ex. ansöker om att anställa en på heltid (40 timmar i veckan) och en på halvtid (20 timmar i veckan,) anger ni 1,50, om ni t.ex. ansöker om medel för två som jobbar heltid och en som jobbar 25 procent ange 2,25.* Ej förbrukade medel kan komma att återkrävas.

Ansökan skickas till: Länsstyrelsen i Södermanlands län, Enheten för social hållbarhet, 61186 Nyköping.

**Notera att ansökan måste vara Länsstyrelsen tillhanda senast 1 mars 2024.**

Eventuella frågor kan ställas till: Anne-Louise Gjuse, tel 010 – 223 43 33 eller e-post [anne-louise.gjuse@lansstyrelsen.se](mailto:anne-louise.gjuse@lansstyrelsen.se)

Vänliga hälsningar,

Anne-Louise Gjuse  
Chef för Enheten för social hållbarhet

## Sökande kommun

Kommunens namn: Katrineholms kommun	
Förvaltning: Vård och omsorgsförvaltningen	
Postadress: 641 80 Katrineholm	
Tfn: 0150-488099	E-post: <a href="mailto:VardochOmsorgsforvaltningen@katrineholm.se">VardochOmsorgsforvaltningen@katrineholm.se</a>
Organisationsnummer: 212 000-0340	Plus-eller bankgiro 5798-193
Ansökan avser år:	2024
Antal årsanställningar (heltid, ange i årsarbeten)	2,0
Referens på utbetalningen: ZX71106110	
Nämnd som beslutat om ansökan: Vård och omsorgsnämnden 2024-02-29	
Ansökan avser även verksamhet i följande kommun/kommuner Katrineholms kommun och Flens kommun	

## Kontaktperson

Befattning: Enhetschef	
Namn: Pia Aalto	
Postadress: 641 80 Katrineholm	
Tfn: 0150-488099	E-post: pia.aalto@katrineholm.se

### Driftsform/driftsformer och utförare

Uppgift om vilken eller vilka driftsformer som verksamheten bedrivs i. Om verksamheten är ny uppge när kommunen beräknar att verksamheten kan påbörjas. (SFS 2013:522 8 § punkt 3.)

Katrineholms kommun driver verksamheten i deras regi och Flen är medsökande. Verksamheten ligger under Vård och omsorgsförvaltningen och i förvaltningens chefsstruktur är det enhetschefen för Medborgarfunktionen som har personal- och budgetansvar samt ingår i och ansvarar för ledningsgruppen.

### Samverkan kring verksamheten

Uppgift om vilka myndigheter och organisationer som ska samverka kring verksamheten med personligt ombud. (SFS 2013:522 5 § och 8 § punkt 4)

Vilka myndigheter och organisationer ingår i ledningsgruppen?

- Vård- och omsorgsförvaltningen Katrineholms kommun
- (sammankallande)
- Flens kommun
- Psykiatri Region Sörmland
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Brukarorganisationer: NSPH, IFSAP
- Primärvården Hälsoval
- Socialförvaltningen Katrineholms kommun
- Personliga ombuden

Vilka andra myndigheter och organisationer samverkar ni med?

PO samverkar med andra myndigheter och organisationer utifrån de uppdrag man har från den enskilde klienten.

PO verksamheter i övriga Södermanland och Östergötland i form av nätverksträffar.

### Plan för verksamhetens organisation

Beskrivning om hur kommunen planerar att personliga ombuden ska arbeta med målgruppen, hur prioriteringar inom målgruppen kommer att ske och hur ombudens verksamhet ska planeras och dokumenteras. (SFS 2013:522 8 § punkt 5.)

De personliga ombuden arbetar på klientens uppdrag. Arbetsuppgifterna är att tillsammans med den enskilde identifiera och formulera dennes behov av vård, stöd och service, tillsammans med den enskilde se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs samt att den enskilde får stöd och service utifrån egna önskemål, behov och lagliga rättigheter. Detta innebär en mäklar-/samordnarroll och en advokatroll som beskrivs som de två grundläggande



uppgifterna för PO. Dock krävs en avgränsning från andra yrkeskategoriers arbetsuppgifter och ansvar, t ex myndighetsutövning, vilket innebär att inte ta över huvudmännens ansvar för samordning, inte heller svara för behandling eller annan vårdinsats som ges enligt HSL. PO prioriterar unga och klienter med barn. Prioriteringar beslutas i ledningsgruppen. En verksamhetsplan upprättas årligen och PO dokumenterar löpande underlag för statistik inför redovisning av statsbidragens användande.

Utifrån antagen rutin kring systemfel och brister kommer arbetet med hanteringen av rapporteringen av dessa fortsätta under 2023. Personliga ombuden behöver vara uppmärksamma på vilka brister som uppmärksammas och rapportera dessa till ledningsgruppen. Ledningsgruppen tar där efter ställning till att sända rapport till berörd myndighet och tar emot ett eventuellt svar för att rapportera vidare till länsstyrelsen.

Fortsätta fylla i händelserapporter och se om det dyker upp mönster som vi kan se och sedan delge dem vidare till berörda verksamheter.

Anonym enkät som klienter får fylla i vid avslut för att vi ska få in synpunkter på vad som fungerar bra och vilka förbättringsområden som finns.

Fylla i statistik i vårt system esMaker för rapportering av pinnstatistik kring våra uppdrag till Länsstyrelsen.

#### Mål

- Synliggöra sig i olika verksamheter där klienter befinner sig t ex. öppna verksamheter i kommunal regi och kyrkans regi för att skapa relationer och inge trygghet gällande både Katrineholm och Flen.
- Fortsätta med utåtriktade informationsinsatser till nya och gamla verksamheter för att de ska bibehålla sin kunskap om personligt ombud gällande både Katrineholm och Flen.
- Se över möjligheten att skapa nätverk med andra typer av samhällsaktörer
- Digitala teams träffar som är öppna för verksamheter och allmänhet för att upplysa om vad personligt ombud är för en verksamhet.
- Uppföljning av samsjuklighetsutredningen samt översynen på personligt ombud för att se hur dessa påverkar målgruppen, tillgängligheten och arbetssätt.

### Planer för arbetets utformning

Beskrivning hur kommunen planerar att stödja personliga ombud i arbetet i fråga om exempelvis utbildning/kompetensutveckling och handledning. (SFS 2013:522 punkt 6.)

- Personliga ombuden behöver initiera eget behov av kompetensutveckling och utbildning.
- Samverkan sker med ombuden i Sörmland för kollegial handledning, digitalt och fysiska träffar.
- Fundera på vilka behov det finns kring handledning, klienthandledning och/eller individhandledning.
- Kommunen ska bevaka och följa utbildningsbehov för var och en av ombuden.
- Ett mål är att ha informationsinsatser till såväl klienter som andra verksamheter.

### Uppföljning

Beskrivning av hur kommunen planerar att följa upp hur verksamheten med personligt ombud har utvecklats. (SFS 2013:522 8 § punkt 7.)

- Kommunen följer upp personliga ombudens verksamhet genom månadsstatistik.
- Statistiken kan följas upp för att jämföras och på så sätt se hur verksamheten utvecklats.
- Utveckling av verksamhetsfrågor kan följas av de redovisningar som görs i ledningsgruppen vid eventuella förändringar i verksamheten.
- De mål som satts för verksamheten följs upp månadsvis och rapporteras i kommunernas månadsredovisning

Ort och datum

Katrineholm de 29 februari 2024

Behörig företrädare för verksamheten

Namnförtydligande och befattning

Petra Kruse, verksamhetschef  
förvaltningskontoret

### Till ansökan bifogas följande obligatoriska bilagor:

1. Plan för verksamheten med personligt ombud 2024
2. Verksamhetsberättelse/rapport för personligt ombud 2023 (om verksamheten funnits tidigare)

## Verksamhetsplan 2024 för Personliga ombud i Katrineholm och Flen

### Mål

Målet för verksamheten med personliga ombud är att:

- Genom ombudens roll som välfärdscoordinatorer, bistå personer med psykisk funktionsnedsättning med insatser och samordning mellan myndigheter så att han/hon kan återta kontrollen och makten över sitt liv.
- Gta tillvara ombudens kunskaper och erfarenheter som tyder på systembrister i syfte att ge återkoppling till huvudmännen och på så vis arbeta fram förbättringar för den enskilde och för att förbättra villkoren för hela guppen psykiskt funktionsnedsatta.

### Delmål

- Ökad kännedom om Personligt ombud hos målgruppen och lokala aktörer som möter målgruppen i syfte att nå ut till fler klienter.
- Se över om verksamheten kan utvecklas för att möta dagens behov hos målgruppen.
- Fortsätta utveckla arbetet med systemfel och brister, som ett led i detta påbörjas en händelserapportering.

### Organisation

**Socialstyrelsen** har i uppdrag av regeringen att fördela statsbidraget till Länsstyrelsen för personalkostnader för verksamheter med Personliga ombud, samt ansvarar för uppföljning och tillsyn av den löpande verksamheten.

**Länsstyrelsen** i Sörmland fördelar statsbidraget till tre verksamheter i Sörmland.

**Vård- och omsorgsförvaltningen, Katrineholms kommun** har personal- och ekonomiansvar för samverkansorganisationen Personligt ombud. Enhetschef för medborgarfunktionen är ansvarig chef för ombuden.

## Ledningsgrupp

En ledningsgrupp leder verksamheten. Ledningsgruppen består av:

- Vård och omsorgsförvaltningen, Katrineholms kommun, (sammankallande)
- Socialförvaltningen, Flens kommun
- Psykiatri Region Sörmland
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Representant intresseföreningarna NSPH
- Primärvården Hälsoval
- Enhetschef Socialförvaltningen, Katrineholms kommun
- Personligt ombud.

Ledningsgruppen träffats sex gånger per år.

## Mål för ledningsgruppens arbete

- Följa upp Förordning om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar (SFS 2013:522), ledningsstruktur och kompetensutveckling.
- Tillsammans med ombuden arbeta fram riktlinjer och policys för verksamheten personligt ombud.
- Tydliggöra de personliga ombudens roll genom att se över deras arbetsuppgifter samt att sätta ramar för uppdraget.
- Ombesörja för information om eventuella förändringar i regelverket.
- Att ansvara för att utveckla strukturen för systematiskt förbättringsarbete genom uppmärksammade systemfel och brister
- Aktivt begära återkoppling från huvudmännens verksamhet efter uppkommen avvikelse

## Arbetsmodell

### Den modell verksamheten arbetar utifrån innefattar följande faser

#### *Inledningsfas*

- Kontakt, där initiativet kan komma från klient, anhörig, personal eller myndighet. Klienten skall själv vilja ha kontakten. Kontakt bör innefatta information om verksamheten och arbetsmodellen.
- Förtroendeskapande, där en professionell relation skapas.

#### *Arbetsfas*

- Kartläggningen, där klientens behov av vård, stöd och serviceinsatser lyfts fram i syfte att samla rätt resurser kring klienten.
- Den gemensamma handlingsplanen, där realistiska mål formuleras för vad som ska uppnås.
- Genomförandet av de åtgärder och mål som man bestämt sig för i handlingsplanen.

## Vilo/avslutningsfas

- Utvärdering tillsammans med klienten om man uppnått det man inledningsvis förutsatte, och dra lärdomar av detta.
- Avslutningen, alternativt vilande eller underhållskontakt en tid.

## Aktiviteter 2024

Mål för personligt ombud kommer för 2024 kopplas till övergripande mål som finns i respektive kommun där personliga ombuden har sitt uppdrag. Målen kommer också rapporteras i kommunernas månadsuppföljning.

Katrineholm mål som finns i kommunplanen, *Trygghet & framtidstro Kommunplan 2023-2026 Fastställd av kommunfullmäktige 2023-01-16, § 6.*

Det är en naturlig del av livet att i vissa faser eller livssituationer behöva stöd från andra, exempelvis på grund av ålder, funktionsnedsättning eller psykisk sjukdom, och då ska det kännas tryggt att kunna få stöd utifrån sina behov. Varje människa är unik, med egna önskemål och intressen och rätten till självbestämmande är lika viktig oavsett ålder. Välfärden ska därför präglas av hög kvalitet, stor valfrihet och ett värdigt bemötande och den ska finnas tillgänglig för alla som behöver den. Att vårda såväl den psykiska som den fysiska hälsan är viktigt. För att bidra till det ska kommunen bland annat utveckla sin samverkan med regionen.

Flens mål återfinns i *Strategisk plan 2024-2027 med budget för 2024 antagen av kommunfullmäktige 2023-09-25, § 96.*

Trygghetens betydelse varierar för individer beroende på livssituation, ålder och behov. Det är med omsorg och omtanke för kommuninvånarnas hälsa och välbefinnande som trygghet genom hela livet ska främjas. Trygghet skapas genom att främja folkhälsan hos kommunens alla invånare. Flens kommun bedriver ett långsiktigt arbete för att stärka skyddsfaktorerna i samhället. Arbete, utbildning, miljö och sociala sammanhang är exempel på faktorer som ska stärkas under planperioden vilket kommer ha en positiv inverkan på folkhälsan.

Det är en naturlig del av livet att i vissa faser eller livssituationer behöva stöd från andra, exempelvis på grund av ålder, funktionsnedsättning eller psykisk sjukdom, och då ska det kännas tryggt att kunna få stöd utifrån sina behov. Välfärden ska därför präglas av hög kvalitet, stor valfrihet och ett värdigt bemötande och den ska finnas tillgänglig för alla som behöver den.

## Hur personligt ombud arbetar för att utveckla verksamheten och skapa nätverk

- Fortsätta arbetet med rapportering av systemfel och brister.
- Händelserapportering för att uppmärksamma systemfel och brister som ska rapporteras.
- Synliggöra sig i olika verksamheter där klienter befinner sig för att skapa relationer och inge trygghet gällande både Katrineholm och Flen.
- Fortsätta med utåtriktade informationsinsatser till nya och gamla verksamheter för att de ska bibehålla sin kunskap om personligt ombud gällande både Katrineholm och Flen.
- Se över möjligheten att skapa nätverk med andra typer av samhällsaktörer.
- Digitala teams träffar som är öppna för verksamheter och allmänhet för att upplysa om vad personligt ombud är för en verksamhet.
- Uppföljning av samsjuklighetsutredningen samt översynen på personligt ombud för att se hur dessa påverkar målgruppen, tillgängligheten och arbets-sätt.

Verksamhetsplanen för 2024 skall kommuniceras utifrån mål och ambition mot ansvarig nämnd för respektive kommun.

Ansvar: berörd representant i ledningsgruppen.

## Kompetensutvecklingsplan för personliga ombud (PO) 2024

- Träff med PO Sörmland.
- Träff med Östra regionala nätverket för PO.
- Delta i för verksamheten relevanta konferenser och föreläsningar.
- Ta del av rapporter och utvärderingar kring personligt ombud.
- Kollegial handledning tillsammans med PO Sörmland via teams.
- Nationellt nätverk för PO Sverige via teams där vi lyfter olika frågeställningar.
- Extern handledning.

## Rapporteringsrutiner

Ombuden ska beskriva vilka behov som uppmärksammas och lyfta systemfel till ledningsgruppen.

## Klientrapportering

Statistikrapportering enligt redovisning av verksamheten till Länsstyrelsen  
Avkodade sammanställningar per följande rubriker:

- Kön
- Åldersgrupper
- Antal nya klienter, (kommunuppdelat redovisas i kommunerna)
- Uppdrag/vanligaste kontaktorsakerna
- Avslutade klienter, (kommunuppdelat redovisas i kommunerna)
- Klientarbete respektive informationsinsatser.

## Resultatrapportering

- Nya ärenden respektive avslutade ärenden
- Datum för informationsinsatser

## Rapportering av aktiviteter

- Använda händelserapportering som stöd när vi lyfter olika "typfall" till ledningsgruppen.
- Vid ledningsmöten redogöra för "typfall", där ledningsgruppen tar över ansvaret för vidare åtgärder kring felaktigt eller bristande bemötande, kompetens och värderingar.
- Systemfel och brister rapporteras till Länsstyrelsen i verksamhetsberättelse.

## Ekonomi

<b>Konto</b>	<b>Summa budget 2024</b>
3510 Driftbidrag	790 000
5020 Månadslön ordinarie	-788 000
5110 Semesterlön	-10 000
5610 Lagstadgad arbetsgivaravgift	-365 000
6814 Mobil telefoni	-1 000
6911 Bensin	-1 000
6914 Biogas	-4 000
6951 Leasing bilar	-47 000
7110 Personalrepresentation	-1 000
7610 Avgifter	-1 000
7650 Avgifter kurser m.m.	-2 000
	<b>-430 000</b>

## Verksamhetsberättelse 2023 för personliga ombud i Katrineholm och Flen

### Innehåll

Bakgrund.....	2
Motivering till beslutet.....	2
Redovisning och återbetalning.....	3
Organisation .....	3
Arbetsmodell .....	4
Kompetensutvecklingsplan för personliga ombud 2023 .....	4
Rapporteringsrutiner .....	5
Redovisning 2023.....	5
Klientrapportering 2023 .....	7
Klientrapportering uppdelad på kön och ålder.....	7
Kontakt med verksamhet för personligt ombud.....	8
Avslutade klienter 2023 .....	9
Uppdelad på kön och ålder.....	9
Avslutat uppdrag efter intervall .....	10
Ekonomi .....	11
Bilaga 1.....	12
Årsredovisning för personligt ombud Katrineholm och Flen .....	12
Reflektioner i arbetet 2023 .....	14
Bilaga 2.....	15
Utdrag ur delar av våra månadsrapporter för 2023.....	15
Hela verksamheten:.....	15
Katrineholm: .....	17
Flen: .....	18
Bilaga 3.....	19
Ledningsgruppens arbete under 2023.....	19



## Bakgrund

Katrineholms kommun bedriver sedan 2003 verksamhet med personliga ombud, från början i samverkan med Vingåkers och Flens kommuner, men sedan 2013 enbart med Flen. En del av kostnaderna finansieras av statliga medel och resterande del av kommuner. Finansiering, arbetssätt och organisation ser olika ut i länet.

Länsstyrelsen beslutar 2023-05-09 att bevilja Vård- och omsorgsnämnden i Katrineholms kommun, medel för 2,0 årsarbetare som personligt ombud för verksamhetsåret 2023. Totalt beviljas 789 746,00 kronor, motsvarande 394 873 kronor per heltidsanställt ombud. Medel som inte förbrukas eller som inte redovisas enligt nedan angivna villkor ska återbetalas. Länsstyrelsens beslut kan inte överklagas.

## Motivering till beslutet

Länsstyrelsen bedömer sammantaget att verksamheten med personligt ombud uppfyller kraven för beviljandet av statsbidrag för år 2023.

Ledningsgruppen uppfyller kraven i 5 § i förordningen. Verksamheten har bland annat redovisat följande mål för ledningsgruppens arbete:

- Följa upp Förordning om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar (SFS 2013:522), ledningsstruktur och kompetensutveckling.
- Arbeta fram riktlinjer och policys för verksamheten personligt ombud.
- Tydliggöra de personliga ombudens roll genom att se över deras arbetsuppgifter samt att sätta ramar för uppdraget.
- Ombesörja för information om eventuella förändringar i regelverket.
- Att ansvara för att utveckla strukturen för systematiskt förbättringsarbete genom uppmärksammade systemfel och brister.
- Aktivt begära återkoppling från huvudmännens verksamhet efter uppkommen avvikelse.

Verksamhetsplanen har redovisat ett antal särskilda aktiviteter som ska genomföras under 2023, bland annat följande:

- Fortsätta arbetet med rapportering av systemfel och brister.
- Händelserapportering för att uppmärksamma systemfel och brister som ska rapporteras.
- Synliggöra sig i olika verksamheter där klienter befinner sig t.ex. öppna verksamheter i kommunal regi och kyrkans regi för att skapa relationer och inge trygghet gällande både Katrineholm och Flen.
- Fortsätta med utåtriktade informationsinsatser till nya och gamla verksamheter för att de ska bibehålla sin kunskap om personligt ombud gällande både Katrineholm och Flen.
- Se över möjligheten att skapa nätverk med andra typer av samhällsaktörer t.ex. Polis, behandlingshem och advokatfirmor.
- Digitala teams träffar som är öppna för verksamheter och allmänhet för att upplysa om vad personligt ombud är för en verksamhet.

- Uppföljning av samsjuklighetsutredningen samt översynen på personligt ombud för att se hur dessa påverkar målgruppen, tillgängligheten och arbetssätt.

## Redovisning och återbetalning

Kommunen ska senast 15 januari 2024 skriftligt redovisa hur de beviljade medlen har använts under 2023 och lämna de uppgifter som framgår av 10 § i förordningen. Länsstyrelsen tillhandahåller en blankett för redovisningen men notera att uppgifter som lämnas i denna blankett kan behöva styrkas med bilagor.

I redovisningen ska kommunen särskilt redovisa genomförandet och eventuella resultat från arbetet avseende verksamhetsmålen för 2023 som angetts ovan. Detta sker företrädesvis i en separat bilaga till redovisningen.

En kommun som tagit emot statsbidrag är enligt förordningen återbetalningsskyldig om redovisning inte lämnas eller om bidraget helt eller delvis inte har använts för det ändamål som det har lämnats för. Det är Socialstyrelsen som fattar beslut om återkrav.

## Organisation

**Socialstyrelsen** har i uppdrag av regeringen att fördela statsbidraget till Länsstyrelsen för personalkostnader för verksamheter med Personliga ombud, samt ansvarar för uppföljning och tillsyn av den löpande verksamheten.

**Länsstyrelsen** i Sörmland fördelar statsbidraget till tre verksamheter i Sörmland.

**Vård- och omsorgsförvaltningen, Katrineholms kommun** har personal- och ekonomiansvar för samverkansorganisationen Personligt ombud. Enhetschef för Medborgarfunktionen är ansvarig chef för ombuden.

**En ledningsgrupp** leder verksamheten.

Ledningsgruppen består av:

- Pia Aalto, Medborgarfunktionen, Katrineholms kommun, (sammankallande)
- Carina Lindström, Pia Kuoppala – Flens kommun
- Henrik Svedberg, psykiatri Region Sörmland
- Anna-Lena Johansson, Försäkringskassan
- Jasmina Hedentorp - Arbetsförmedlingen
- Per Stigberg, IFSAP
- Vida Anne Torelöv, Primärvården Hälsöval
- Evelina Söderlund, Socialförvaltningen Katrineholms kommun
- Jarmo Heinonen, Personligt ombud
- Mikael Stenberg, Personligt ombud

Flera deltagare i ledningsgruppen har tillträtt under året. I verksamheter har det kommit frågor kring ledningsgruppens syfte när nya representanter har valts ut. Därför har ledningsgruppen tagit fram ett uppdrag som beskriver ledningsgruppens syfte.

Minnesanteckningar från ledningsgruppen bifogas redovisningen.

## Arbetsmodell

Den modell verksamheten arbetar utifrån, innefattar följande faser:

### Inledningsfas

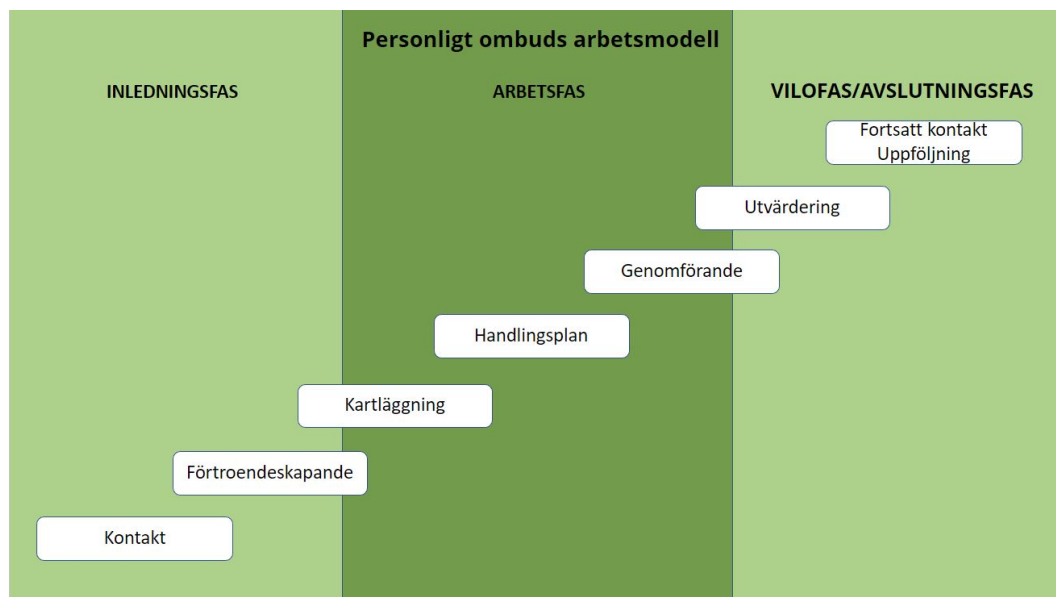
- Kontakt, där initiativet kan komma från klient, anhörig, personal eller myndighet. Klienten skall själv vilja ha kontakten. Kontakt bör innefatta information om verksamheten och arbetsmodellen.
- Förtroendeskapande fasen, där en professionell relation skapas.

### Arbetsfas

- Kartläggningen, där klientens behov av vård, stöd och serviceinsatser lyfts fram i syfte att samla rätt resurser kring klienten.
- Den gemensamma handlingsplanen, där realistiska mål formuleras för vad som ska uppnås.
- Genomförandet av de åtgärder och mål som man bestämt sig för i handlingsplanen.

### Vilofas/avslutningsfas

- Utvärdering tillsammans med klienten om man uppnått det man inledningsvis förutsatte, och dra lärdomar av detta.
- Avslutningen, alternativt vilande eller underhållskontakt en tid.



## Kompetensutvecklingsplan för personliga ombud 2023

- Träff med personliga ombud (PO) Sörmland
- Träff med Östra regionala nätverket för PO
- Konferens med Yrkesföreningen för personligt ombud i Sverige
- Delta i för verksamheten relevanta konferenser och föreläsningar
- Ta del av rapporter och utvärderingar kring personligt ombud

- Kollegial handledning tillsammans med PO Sörmland via Teams
- Nationellt nätverk för PO Sverige via teams där det lyfts olika frågeställningar.

## Rapporteringsrutiner

Ombuden ska beskriva vilka behov som uppmärksammas och lyfta systemfel till ledningsgruppen.

### Klientrapportering

Statistikrapportering enligt redovisning av verksamheten till Länsstyrelsen  
Avkodade sammanställningar per följande rubriker:

- Kön
- Åldersgrupper
- Antal nya klienter, kommunuppdelat
- Uppdrag/vanligaste kontaktorsakerna
- Avslutade klienter, kommunuppdelat
- Klientarbete respektive informationsinsatser.

### Resultatrapportering

- Nya ärenden respektive avslutade ärenden
- Datum för informationsinsatser

### Rapportering av aktiviteter

- Använda händelserapportering som stöd när vi lyfter olika "typfall" till ledningsgruppen.
- Vid ledningsmöten redogöra för "typfall", där ledningsgruppen tar över ansvaret för vidare åtgärder kring felaktigt eller bristande bemötande, kompetens och värderingar.
- Systemfel och brister rapporteras till Länsstyrelsen i verksamhetsberättelse.

## Redovisning 2023

### Verksamhetens aktiviteter

- Fortsätta arbetet med rapportering av systemfel och brister.  
Arbetet med rapportering av systemfel och brister pågår kontinuerligt. Personliga ombuden har inte haft någon brist som rapporterats som systemfel till ledningsgruppen.
- Händelserapportering för att uppmärksamma systemfel och brister som ska rapporteras.  
Till vår hjälp att upptäcka systemfel och brister har vi skapat en händelserapport där vi skriver in positiva och negativa händelser i arbetet med våra klienter.
- Synliggöra sig i olika verksamheter där klienter befinner sig t.ex. öppna verksamheter i kommunal regi och kyrkans regi för att skapa relationer och inge trygghet gällande både Katrineholm och Flen.

## Personliga ombud i Flen och Katrineholm

141

Vård- och omsorgsförvaltningen  
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

6 (19)

Besöksadress:  
Drottninggatan 21, Katrineholm  
[www.katrineholm.se](http://www.katrineholm.se) Org. nummer 212000-0340

Datum  
2024-01-09

Vår beteckning  
VON/2023:3-2.5.2

Personliga ombuden har aktivt deltagit i kommunala öppna verksamheter för att möta nya klienter.

- Fortsätta med utåtriktade informationsinsatser till nya och gamla verksamheter för att de ska bibehålla sin kunskap om personligt ombud gällande både Katrineholm och Flen.

Ombuden har varit aktiva i kontakter med andra verksamheter och myndigheter. Hittat ingångar för att kunna informera om ombudsverksamheten. Informationsinsatser redovisas i särskild bilaga.

- Se över möjligheten att skapa nätverk med andra typer av samhällsaktörer t.ex. Polis, behandlingshem och advokatfirmor.

Ombuden har haft kontakt med polisen för att öppna upp en dialog kring att verksamheten finns.

- Digitala teams träffar som är öppna för verksamheter och allmänhet för att upplysa om vad personligt ombud är för en verksamhet.

Under november månad genomfördes en månad för psykisk hälsa i Katrineholms kommun. Personliga ombuden var en del i detta genom att erbjuda digitala informationsträffar om ombudsverksamheten. De digitala träffarna erbjöds medarbetare i kommunen men även medborgare i Katrineholms kommun.

- Uppföljning av samsjuklighetsutredningen samt översynen på personligt ombud för att se hur dessa påverkar målgruppen, tillgängligheten och arbetssätt.

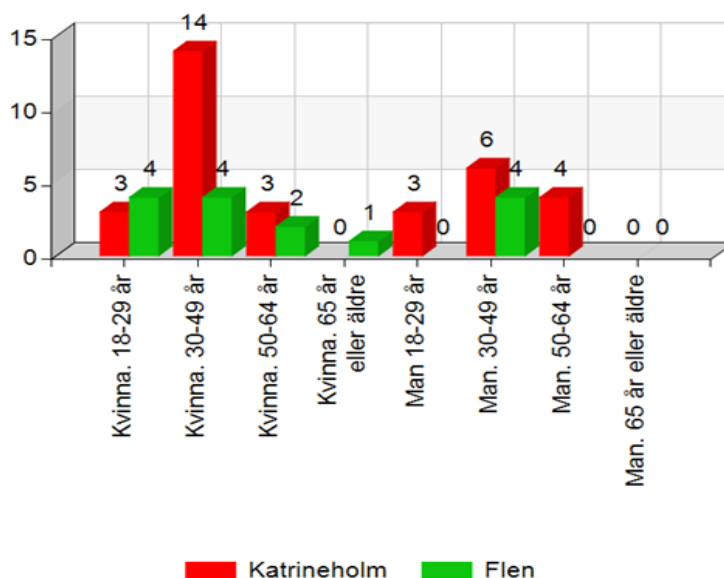
Ombuden har deltagit på digitala föreläsningar via Socialstyrelsen, Ypos och kommunen. Haft diskussioner i olika nätverk som PO arrangerar.

## Klientrapportering 2023

Namn	Antal	%
Katrineholm	33	68,8
Flen	15	31,2
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

## Klientrapportering uppdelad på kön och ålder

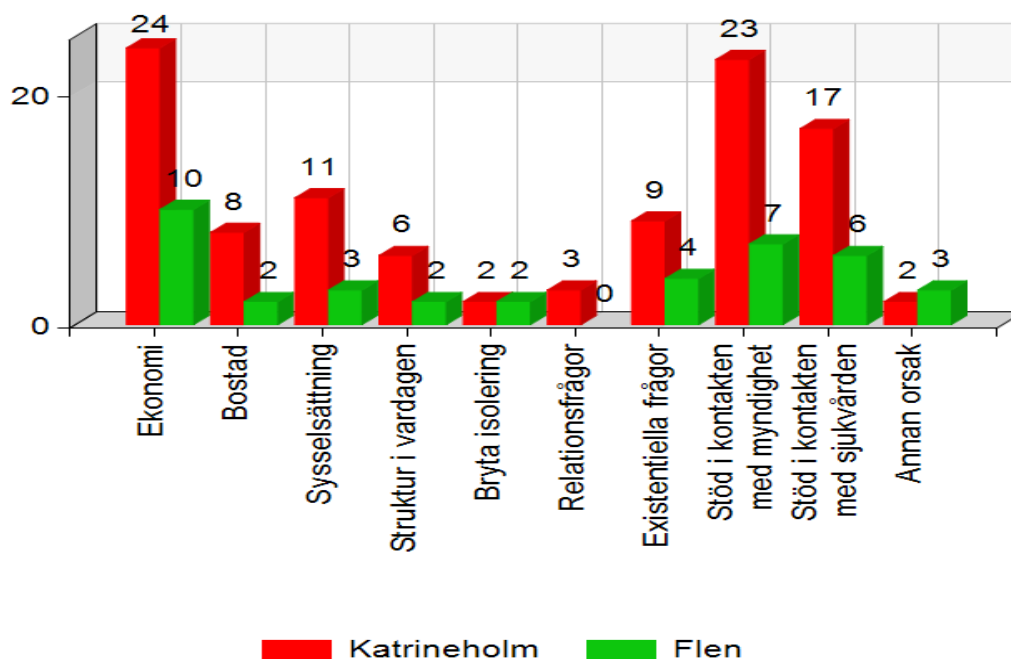
Namn	Katrineholm		Flen		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kvinna. 18–29 år	3	9,1	4	26,7	7	14,6
Kvinna. 30–49 år	14	42,4	4	26,7	18	37,5
Kvinna. 50–64 år	3	9,1	2	13,3	5	10,4
Kvinna. 65 år eller äldre	0	0	1	6,7	1	2,1
Man 18–29 år	3	9,1	0	0	3	6,2
Man. 30–49 år	6	18,2	4	26,7	10	20,8
Man. 50–64 år	4	12,1	0	0	4	8,3
Man. 65 år eller äldre	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>



## Kontakt med verksamhet för personligt ombud

Nedan anger orsak/orsakerna till att nya klienter tar kontakt med verksamheten. Flera orsaker kan anges per person. Uppgifterna nedan är samma uppgifter som lämnas till Länsstyrelsen i redovisningen för statsbidrag. Fördelning är kvinnor och män.

Namn	Katrineholm		Flen		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ekonomi	24	72,7	10	66,7	34	70,8
Bostad	8	24,2	2	13,3	10	20,8
Sysselsättning	11	33,3	3	20	14	29,2
Struktur i vardagen	6	18,2	2	13,3	8	16,7
Bryta isolering	2	6,1	2	13,3	4	8,3
Relationsfrågor	3	9,1	0	0	3	6,2
Existentiella frågor	9	27,3	4	26,7	13	27,1
Stöd i kontakten med myndighet	23	69,7	7	46,7	30	62,5
Stöd i kontakten med sjukvården	17	51,5	6	40	23	47,9
Annan orsak	2	6,1	3	20	5	10,4
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>318,2</b>	<b>39</b>	<b>260</b>	<b>144</b>	<b>300</b>



# Personliga ombud i Flen och Katrineholm

144

Vård- och omsorgsförvaltningen  
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

9 (19)

Besöksadress:  
Drottninggatan 21, Katrineholm  
[www.katrineholm.se](http://www.katrineholm.se) Org. nummer 212000-0340

Datum  
2024-01-09

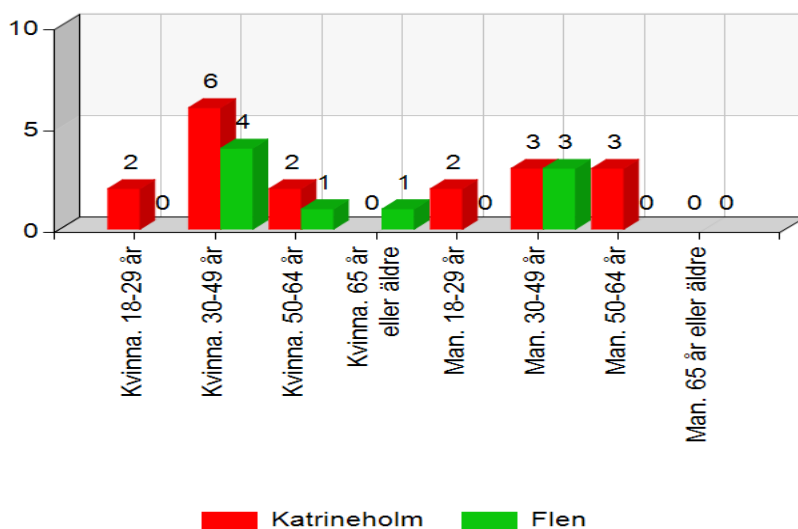
Vår beteckning  
VON/2023:3-2.5.2

## Avslutade klienter 2023

Namn	Katrineholm		Flen		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Katrineholm	18	100	0	0	18	66,7
Flen	0	0	9	100	9	33,3
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

## Uppdelad på kön och ålder

Namn	Katrineholm		Flen		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kvinna. 18–29 år	2	11,1	0	0	2	7,4
Kvinna. 30–49 år	6	33,3	4	44,4	10	37
Kvinna. 50–64 år	2	11,1	1	11,1	3	11,1
Kvinna. 65 år eller äldre	0	0	1	11,1	1	3,7
Man. 18–29 år	2	11,1	0	0	2	7,4
Man. 30–49 år	3	16,7	3	33,3	6	22,2
Man. 50–64 år	3	16,7	0	0	3	11,1
Man. 65 år eller äldre	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>





# Personliga ombud i Flen och Katrineholm

145

Vård- och omsorgsförvaltningen  
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

10 (19)

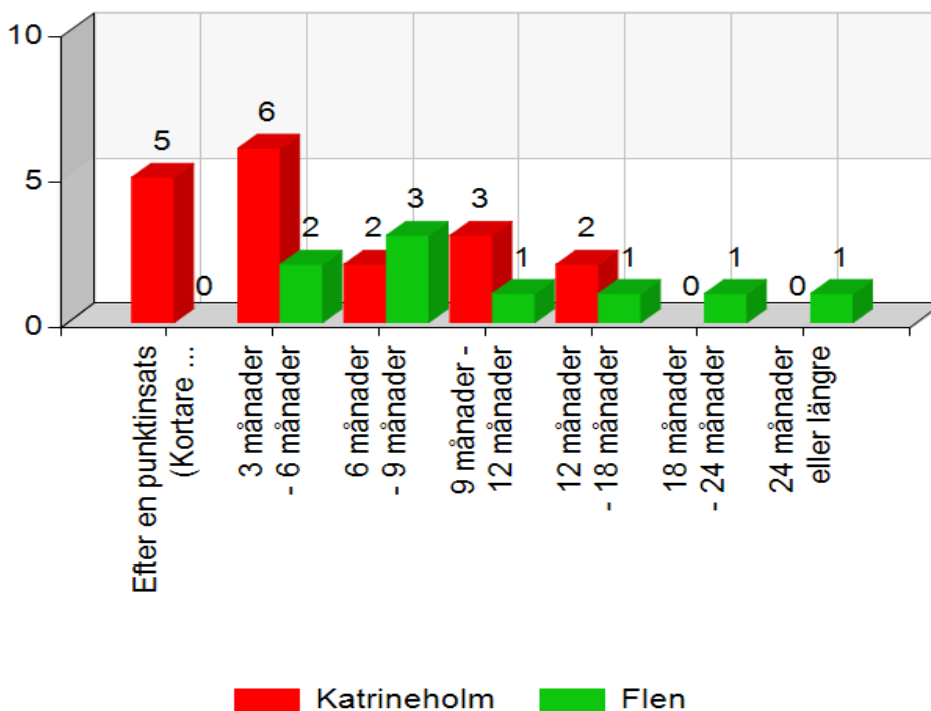
Besöksadress:  
Drottninggatan 21, Katrineholm  
[www.katrineholm.se](http://www.katrineholm.se) Org. nummer 212000-0340

Datum  
2024-01-09

Vår beteckning  
VON/2023:3-2.5.2

## Avslutat uppdrag efter intervall

Namn	Katrineholm		Flen		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Efter en punktinsats (Kortare arbete tillsammans med en klient) 1 månad - 3 månader	5	27,8	0	0	5	18,5
3 månader - 6 månader	6	33,3	2	22,2	8	29,6
6 månader - 9 månader	2	11,1	3	33,3	5	18,5
9 månader - 12 månader	3	16,7	1	11,1	4	14,8
12 månader - 18 månader	2	11,1	1	11,1	3	11,1
18 månader - 24 månader	0	0	1	11,1	1	3,7
24 månader eller längre	0	0	1	11,1	1	3,7
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>



Hur uppdragen avslutas: 81,5% av avslutas i samråd. 14,8% tyst avslut. 3,7% ombudet avslutar.

# Personliga ombud i Flen och Katrineholm

Vård- och omsorgsförvaltningen  
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

146

11 (19)

Besöksadress:  
Drottninggatan 21, Katrineholm  
[www.katrineholm.se](http://www.katrineholm.se) Org. nummer 212000-0340

Datum  
2024-01-09

Vår beteckning  
VON/2023:3-2.5.2

## Ekonomi

Beviljat statsbidrag om 789 746kr (vilket motsvarar två tjänster) har använts och syns under kontot driftbidrag. I den summan ingår även intäkt från Flen 150tkr samt en återbetalning av föregående års statsbidrag om 63tkr.

Resultatrad	KONTO	Utfall period	Utfall ack	Budget ack	Diff ack
300 Intäkter	3011 Försäljningsint momspliktig		0	0	0
300 Intäkter	3149 Övr taxor o avgifter moms fria		1	0	1
300 Intäkter	3510 Driftbidrag		877	600	277
300 Intäkter	3699 Övr ersättningar o intäkter		18	0	18
<b>Intäkter</b>			<b>895</b>	<b>600</b>	<b>295</b>
450 Bidrag	4530 Bidr förening komförb, ftg mfl		0	0	0
460 Köp av verksamhet	7455 Tolktjänster		0	0	0
500 Personalkostnader	5010 Arvoden t förtroendevalda		0	0	0
500 Personalkostnader	5020 Månadslön ordinarie		-686	-753	67
500 Personalkostnader	5025 OB-ersättnig		0	0	0
500 Personalkostnader	5110 Semesterlön		-13	-10	-3
500 Personalkostnader	5121 Sjukfrånvaro arbetsgivarperiod		-46	0	-46
500 Personalkostnader	5122 Sjukfrånvaro ej arbetsgperiod		0	0	0
500 Personalkostnader	5130 Lön vid tjänstledighet		-2	0	-2
500 Personalkostnader	5193 Lön vid facklig ledhet		-3	0	-3
500 Personalkostnader	5610 Lagstadg arbgiavrg		-335	-340	5
500 Personalkostnader	5885 Teknisk utr förmån PC o cyklar		-3	0	-3
690 Övriga kostnader	4090 Ankomstregistrering		0	0	0
690 Övriga kostnader	6419 Förbrukningsinv övrigt		0	0	0
690 Övriga kostnader	6460 Förbrukningsmaterial		0	-14	14
690 Övriga kostnader	6600 Rep o uh av mask o inv		0	0	0
690 Övriga kostnader	6760 Omkostnader i verksamheten		0	0	0
690 Övriga kostnader	6813 Växel, anslutn- och teleinst		-5	-7	2
690 Övriga kostnader	6814 Mobil telefoni		-1	-1	0
690 Övriga kostnader	6911 Bensin		0	0	0
690 Övriga kostnader	6914 Biogas		-4	-4	0
690 Övriga kostnader	6951 Leasing bilar		-47	-43	-4
690 Övriga kostnader	7054 Hotell o logi, Sverige		-14	0	-14
690 Övriga kostnader	7056 Övriga resekostnader		0	0	0
690 Övriga kostnader	7110 Personalrepresentation		0	-1	1
690 Övriga kostnader	7610 Avgifter		-1	-1	0
			-1		
<b>Kostnader</b>			<b>163</b>	<b>-1 174</b>	<b>11</b>
			<b>-268</b>	<b>-574</b>	<b>306</b>

## Bilaga 1

### Årsredovisning för personligt ombud Katrineholm och Flen

- Utbildning och handledning.
- Digitalt nätverk med PO-Sörmland 10:00-11:00 ojämn vecka.
- Digitalt möte med PO-Sverige 27/1- "Arbetsförmedlingen."
- Ledningsgrupp 30/1, 27/3, 22/5, 16/10.
- "Varje samtal räknas" MIND, En podd om psyket. Olika avsnitt
- FoU-podden. "Tillsammans för unga vuxna"
- Mind, "Varje samtal räknas". En podd om psyket. Olika avsnitt och teman.
- NSPH, Konferensdag digitalt "Möjligheter framåt för rättspsykiatrien. 24/2
- Genomgång av samsjuklighetsutredningen med Anders Prinz via teams. 6/3
- Projektet "Tillsammans för unga vuxna i Sörmland" deltar på ett av våra nätverksmöten för PO-Sörmland. Andreas och Maja, Läns gemensamt regionalt stöd, socialtjänst och vård i Sörmland, berättar mera och vill gärna samverka med oss framåt. 13/3
- Utbildning i SIP från kommunens utbildningskatalog.
- Tre korta filmer ur samtalsserien "Två generationer pratar om psykisk ohälsa". NSPH
- Föreläsning av Eric Donell, "Få det att funka! Strategier vid NPF". Via Humana
- MI-poddar inför MI-utbildningen vi ska gå.
- EU projektet "Tillsammans för unga vuxna i Sörmland", Andreas och Maja, deltar på ett nätverksmöte för PO-Sörmland.
- Digital MI grundutbildning via FoU. 2st dagar 17-18/4
- Föreläsning om spelberoende med en egen livshistoria och om våra självhjälpsmöten. Spelgruppen i Katrineholm. 24/4
- Ypos konferens i Linköping 9-11 maj.
- MI-utbildning i tre dagar. 8 maj samt 25-26 maj
- Träff och samverkan med enhetschef och handläggare som jobbar på Överförmyndarenheten i Flen. 31/5, 4st
- Nätverksträff med PO-Sörmland i Eskilstuna. 15/6.
- Webbutbildning i Brukarinflytande NSPH utbildning
- Från hjärnforskning till pedagogik, 2 delar. NPF-skoldagarna 2017
- Kognition, affektion och relation, 2 delar. NPF-skoldagarna 2017
- Tillämpning av lågaffektivt bemötande, 4 delar. NPF-skoldagarna 2017
- Digitalt nätverk med PO Sverige. 7/9
- Webbinariumet "Tillsammans för psykisk hälsa och suicidprevention" som anordnas av Region Sörmland och länets nio kommuner i samband med den suicidpreventiva dagen. Moderator och föreläsare är Frida Boisen. 8/9.
- Digitalt nätverk med PO-Sörmland. 11/9.
- "Bara för att det inte syns betyder det inte att det inte finns – att leva och jobba med medberoende" av Ida Högström, föreläsning via Vision. 19/9
- "Hur går det till att må bra, egentligen?" Dr Clas Malmström, föreläsning. 21/9
- Östra regionala nätverk för personligt ombud. 27-28/9.

# Personliga ombud i Flen och Katrineholm

148

Vård- och omsorgsförvaltningen  
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

13 (19)

Besöksadress:  
Drottninggatan 21, Katrineholm  
[www.katrineholm.se](http://www.katrineholm.se) Org. nummer 212000-0340

Datum  
2024-01-09

Vår beteckning  
VON/2023:3-2.5.2

- Kafferast i kunskapsfabriken. Podd från NSPH
- Tillbaka till verkligheten, Schizofreniföreläsning i två delar på Youtube.
- "Berätta alltid de här" Podd med Frida och Tilda Boisen. Avsnitt 3 med Ullakarin Nyberg
- Mitt kall i livet. Podd med Åsa Konradsson Gueken.
- Riksförbundet Attention: 'ADHD Från duktig flicka till utbränd kvinna' med Lotta Borg Skoglund
- "Tillsammans för psykisk hälsa och suicidprevention" Föreläsare Lisa Boisen
- Ungas psykiska hälsa - WMHD 2023
- "Hur kan vi bli bättre på att upptäcka, hjälpa och förebygga ofrivillig ensamhet?"
- Webinarie av NSPH. "Tvångsvård och självald inläggning".
- Webinarie av SKR och Socialstyrelsen. "Personcentrerad vård och omsorg vid psykiatriska tillstånd och samsjuklighet med skadligt bruk/beroende".
- Digital träff med Ypos och Socialstyrelsen. "Kartläggning och analys av systemet med personligt ombud"
- "Våga fråga pocket"

## Informationsinsatser om personligt ombud.

- Socialförvaltningen, Förebyggande och resursenheten. 12-15 pers. 27/2
- Diakon i Flen, 1st. 22/3
- 2st koordinatörer från projektet "Ungas framtid". 12/4
- 3st studenter som gör sin praktiska del på VOF i Katrineholm. 21/4
- Ombud Jarmo har haft kontakt med en finsk kvinna som har en egen Podd, där hon har önskemål om att göra en intervju och få information kring PO uppdraget i Sverige. Jarmo har fått frågeställningar som han försöker att översätta till finska och kommer sedan att kontakta henne igen för genomförande av intervjun till hennes podd. Vilket även nu finns att lyssna på för intresserad.  
<https://open.spotify.com/episode/1STC4gpCE0sBTGxNqVLLS1?si=8bea7bc7d57b4dca>
- Digital information på Överförmyndarens lunchmöte med företrädare. 3/5, 7-10st
- Kontaktcenter i Katrineholm, 2-3st
- Enheten stöd och behandling, Flen. 14/11 8st
- Kvinno- och tjejjouren Miranda. 15/11 2st

## Råd och stödsamtal: 300st under året.

Vi får samtal från anhöriga, myndigheter, sjukvården, personer som inte tillhör vår målgrupp eller personer inom målgruppen som har insatser som vi hänvisar till. Vi ger råd och stöd, tips eller lånar ut våra öron för en stund. Dessa samtal ligger utanför vårt uppdragsarbete vi gör med klienterna.

## Reflektioner i arbetet 2023

Vårt arbete med att synliggöra verksamheten personligt ombud har fortsatt under 2023. Vi har även hittat flera givande samarbeten som kan gynna våra klienter och ge dem större trygghet och stöd.

Vi fortsätter utvecklas i vår PO-roll och blir mer trygga i bedömning av vår målgrupp. Bedömningen av målgrupp är fortsatt svår, vilket även utredningen av PO visar, och vid behov tar vi hjälp av ledningsgruppen för svårare ärenden. MI-utbildning vi gått i år ger oss bra verktyg och påvisar vikten av att vi får fortsatt utbildning och handledning för att kunna möta upp vår målgrupp och deras behov av stöd och råd.

I ett led att minska våra "tysta avslut" med klienterna träffar vi klienterna 2-3 gånger innan ett uppdrag skrivs. "Tysta avslut" innebär att kontakten upphör efter 3-6 månader kontaktförsök. Under de 2-3 träffarna får vi oftast en bättre bild av vad klienten har för önskemål och om kontakten är frivillig eller om den är påkallad genom andra aktörer.

Ett bra bemötande där klienten känner sig sedd och hörd är av stor vikt i kontakten med myndigheter och sjukvården. Vi ser stor skillnad i när klienterna får ett personcentrerat bemötande utifrån deras behov än när de jämförs med normen och får för höga krav och förväntningar på vad de klarar av.

Våra händelserapporter påvisar brister som vi lyfter i ledningsgruppen. Delar återkommer och har lett till av vi under 2024 kommer skriva ett eller fler systemfel och brister. Eskilstunas PO-verksamhet har varit till stöd och vi kommer lämna dessa till ledningsgruppen för genomgång.

## Bilaga 2

### Utdrag ur delar av våra månadsrapporter för 2023

#### Hela verksamheten:

I februari kan man inte längre använda ett oregistrerat kontantkort i Sverige. Det går inte att ladda på eller köpa ett nytt. Vi har hjälpt en person att registrera sitt kort hos operatören. Det fanns olika sätt att registrera vilket gjorde processen enkel att göra. Personen saknade bank-id men som tur var fanns det andra alternativ som vi kunde använda oss av.

PO märker vid flertalet träffar med olika personer att de som söker stöd saknar kunskap om att ansöka om nedsatt årsbelopp eller avskrivning av studielån finns hos CSN. I en redan ansträngd situation försöka betala av ett studielån gör den ekonomiska situationen än svårare. Ekonomiskt bistånd tar inte hänsyn till skulder och det finns inte utrymme att betala av, Aktivitetsersättning och sjukersättning är även där inte baserade på att betala av studielån. Om en person insjuknar under sina studier och man inte bedöms kunna utnyttja sin utbildning kan man få lånet avskrivet. PO får undersöka vidare hur vi kan lyfta kunskapsnivån och information till vår målgrupp.

Efter att ha lyssnat på FoU-podden om projektet "Tillsammans för unga vuxna" mailade vi Andreas och Maja för att se om de ville delta på ett digitalt möte med oss i PO-Sörmland. Deras uppdrag är att jobba fram en samverkansmodell för dem som arbetar med unga vuxna som är 18-29 år och har psykosocial problematik och då det påverkar delar av vår målgrupp delar vi gärna våra erfarenheter och samverkar med dem så gott vi kan. Vi hade en första träff i mars och har även bokat in en tid i april för uppföljning.

Projektet "Tillsammans för unga vuxna i Sörmland", Andreas och Maja, delger lite av sitt arbete på ett av våra digitala nätverk och visar en modell som de arbetat fram som de gärna ville ha lite synpunkter om från oss PO. Likt det vi på PO lyfter upp framkommer det att våra olika hjälpsystem är krångliga att förstå och att de som söker kan få fler problem pga. dessa om inte rätt stöd och anpassad information ges, att bollas mellan olika delar gör att man lätt hamnar i kläm.

I år får vi ombud möjligheten att åka på Ypos konferensen. Vi deltar på årsmötet och efterföljande konferens med föreläsningar. Tre olika föreläsningar som inspirerar oss PO på olika sätt. Verktyg, tankar och energi tar vi med oss från dessa dagar. Det blir tydligt hur brett PO verksamheten sträcker sig och hur viktigt det är för oss att få komma iväg och fylla på våra kunskaper och verktygslådor.

I vårt arbete att öka våra klienters egenmakt och arbeta på deras uppdrag har MI (Motiverande samtal) visat sig vara ett bra verktyg att använda sig av. Vi stöter på ett visst motstånd och ovisshet om vad våra klienter vill, att då ha bra verktyg att locka fram motivation och rulla med motstånd har visat sig underlätta våra möten. Även om MI kan vara tufft att få till i alla lägen är "MI-andan" de viktigaste att ha med sig. Båda går utbildningen samtidigt vilket gör det enklare att stötta varandra i att använda våra nyvunna färdigheter.

Skickar ett mail till Socialstyrelsen för att få hjälp att tydliggöra kring vem Länsstyrelsen ska bistå med hjälp. Det ser olika ut i landet vilket stöd Länsstyrelsen ger, ex ekonomiskt bidrag och utbildningar. Vi saknar förnärvarande representant från Länsstyrelsen sen drygt ett år och har inte kunnat rätta ut dessa frågetecken. Vi lyfter frågan i vårt nätverk för PO Sörmland om det kan var ett systemfel eller brist att stödet från Länsstyrelsen skiljer mellan länen.

Ann på Socialstyrelsen svarar att hon ska lyfta det som en generell diskussionspunkt på länsstyrelseträffen i oktober.

Östra regionala nätverksträffen var givande med bra föreläsning och diskussioner.

- Dag 1. Haris Agic föreläste om "Kulturmöten Homo Pluralis och konsten att förstå" ur ett antroposofiskt och filosofiskt synsätt på möten mellan olika människor. Vi fick lära oss om begreppen förståelsehorisont, världsåskådning, etnocentrism, kulturrelativism och hur dessa påverkar varje möte men en annan människa. Efter föreläsningen fick varje PO-verksamhet göra en lägesrapport.
- Dag 2. Vi började morgonen med att delta på en presentation om PO unga som en verksamhet i södra Sverige startat upp projektet. Tyvärr skapade de flera frågetecken och frågan kommer att lyftas i Ypos hur de ställer sig kring projektet. Efter det blev vi uppdelade i mindre grupper för att diskutera systemfel och brister och sedan lyfta delarna tillsammans i stor grupp.

PO tar hjälp av PO Eskilstuna kring ett systemfel och brist. Hittar inga tidigare skrivna systemfel i Katrineholm och får några som Eskilstuna skrivit som stöd samt att gruppledare där erbjuder sig hjälpa till med formuleringar och tips.

Ypos arrangerar en digital träff tillsammans med Socialstyrelsen där de går igenom kartläggningen och analysen om PO. Ca 100 ombud deltar och vi avslutar med frågor och reflektioner.

I samband med kommunens inventering av personer med psykisk funktionsnedsättning framgick att det skiljer sig i uppdelningen av kvinnor och män. I inventeringen är andelen män ca 60% och kvinnor ca 40% som har/behöver insatser av kommun medan uppdelning kring sökande klienter hos PO är omvänt, dvs 40% män och 60% kvinnor. Socialstyrelsens lägesrapport för 2022 visar liknande siffror som Katrineholm och Flen gällande uppdelningen på de som söker stöd hos PO.

Mirandas "Öppet hus" gav mig möjligheten att prata lite med Maria som är områdespolis. Hon ville gärna veta mera om vår verksamhet och vi byter kontaktuppgifter och kommer planera in en träff efter årsskiftet. Hon tar även kontakt med sin chef Ted för att se om informationen ska spridas på fler ställen inom polisen.

Information om att Vård och omsorgsförvaltningen och Socialförvaltningen ska slås ihop efter årsskiftet och bli en förvaltning. Det kan påverka målgruppen för PO på olika sätt vilket gör att vi behöver hålla oss uppdaterade och få information.

## Katrineholm:

Ekonomiskt bistånd begär in underlag i pappersform istället för att ta emot dessa via mail. Mail är inte ett säkert sätt att förvara personkänsliga uppgifter kring sekretess och gdpr på är deras argument. De erbjuder personligt stöd hos sin socialsekreterare till en klient som upplever det svårt och stressande att klara på egen hand. Få klienter har skrivare eller tillgång till en skrivare för att göra egna utskrifter vilket gör det svårare att vara självständig. Att behöva skriva ut känsliga personuppgifter på exempelvis Kontaktcenter eller biblioteket är inte en bra lösning för klienterna anser personligt ombud. En elektronisk ansökan är på väg att implementeras men har dragit ut på tiden. Vi följer utveckling noga och för en dialog vid behov.

Vi har tagit kontakt med en advokat i Katrineholm för att se in de finns intresse att få information om vårt uppdrag samt se om det finns områden där vi kan samarbeta och byta erfarenheter. Personen i fråga tyckte det lät intressant och skulle även fråga runt bland sina kollegor om de var intresserade och sedan återkomma till oss.

Vi blir kontaktade av enhetschefen för förebyggande och resurs att delta på deras APT och informera om vår verksamhet. De önskar veta mer om vår verksamhet då de ser att några av de personer som är kopplade till dem kan behöva ha ett ytterligare stöd samt att de vill få till samarbetsvägar och informationsutbyte.

Biblioteket ger invånare möjlighet att under en till två veckor ställa ut konst hos dem på en utvald plats. De hjälper även till vid behov att kopiera upp underlag som kan lämnas till besökare som önskar köpa, beställa eller veta mer om konstnären i fråga. En person kopplad till vår verksamhet upplever att hen fått bra stöd om information.

Två olika ärenden på kort tid där det uppstått missförstånd gällande avgiften och när uppdraget börjar kring boendestödet. Båda uttrycker att de inte minns lappen gällande inkomstförfrågan. En hänvisas till PO för att fylla i lappen rätt. PO har fått till sig samma problem vid andra tillfällen och lyfter frågan vidare till berörda för att se hur vi kan förbättra nuvarande rutin.

PO deltar på ett möte tillsammans med gruppen som sammanställer kommunens "Inventering av personer med en psykisk funktionsnedsättning". Vi delger våra erfarenheter samt statistik och kommer delta på flera möten för att fungera som ett bollplank till gruppen i deras sammanställning.

Vi träffar en av alkohol och drogterapeuterna på Mercur och får en lite genomgång kring deras arbete. Vår erfarenhet av skadligt bruk och beroende är inte så bred och det var bra att få en genomgång. De finns fler likheter än skillnader och att känslor är det vi båda arbetar mest med.

Bankernas nuvarande tillgänglighet och service gör det svårt för våra klienter som inte är digitaliserade att få snabb och rätt service. Öppna ett nytt konto/byta bank var lättare än sagt än gjort och väntetiden är upp till 3-4 veckor på Sörmland sparbank och Handelsbanken hänvisar till efter sommaren, övriga banker har inte öppna bankkontor. Få svar inom 10 bankdagar gällde endast personer som saknar konto blev hänvisningen.



På östra regionala nätverksträffen lyfta vi frågan gällande avgift för boendestöd i Östergötland och i de kommuner som bedriver PO verksamhet är det avgiftsfritt med boendestöd. Katrineholm är enda kommunen i vårt nätverk som tar en avgift för insatsen boendestöd.

PO har fått uppdrag att se över "guide för dig med psykisk ohälsa". Totalt ingår 13st olika kommunala insatser, som jag kontaktat för att stämna av att innehållet är riktigt, utöver dessa har jag kontrollerat hemsidor för de övriga insatser som nämns i guiden. En sammanställning av ändringarna skickas vidare till nämndsekreterare för att uppdatera guiden.

Informationsutbyte med Kvinno- och tjejjouren Miranda. Lärorikt och energigivande möte där vi delar erfarenheter och likheter mellan våra verksamheter. Flera av dem som söker stöd av Miranda tillhör även vår målgrupp och att hitta en bra samverkan kan sikt gynna våra sökande. De bjuder även in oss till sitt "Öppet hus 24/11" där vi kan träffa fler verksamheter.

En klient uttrycker att hen inte känner sig trygg med att besöka en "Vård och omsorgslokal". Hen ser hellre att vi ses på bibliotek eller ett fik. Att vi "sitter på gamla Soc känns inte heller bra" säger klienten.

## Flen:

Handläggare ger förhandsbesked vid förfrågan gällande boendestöd att de troligen kommer att avslå ansökan och hänvisa till hemtjänst då klienten är över 65år. Då förvaltningsdomstolen inte kan döma i utförandet av insatsen boendestöd som ligger under hemtjänstinsatser i socialtjänstlagen kan vi inte överklaga beslutet om ansökan avslås. Personligt ombud gör ett försök att erbjuda stöd och verktyg för att få struktur i vardagen utan boendestödsinsats. Personligt ombud ställer sig frågan om att behovet borde styra och inte ålder.

Nytt politiskt styre i Flen har gjort att Socialtjänsten delas upp i två olika nämnder. Vad det gör på sikt är svårt att veta och vi kommer följa upp och se hur det utvecklar sig positivt och eventuellt negativt för vår målgrupp.

Ett bra bemötande i två separata ärenden hos en handläggare på ekonomiskt bistånd gör att klienterna får upp ett hopp om framtiden. Här ser PO vikten av att vara lyhörd och ställa rätt frågor i en trygg miljö för att få de sökande att hitta hopp.

Vi bokar in en träff med Diakonen i Flen för att hitta samverkansformer och erfarenhetsutbyte. Vi rör oss i liknande miljöer och kan på så sätt vara värdefulla bollplank i våra respektive roller.

För närvarande är trycket något högre från Flen och de står för en tredjedel av våra aktiva klienter. Då arbetsbelastningen totalt sett är okej så har vi kunnat ta emot klienterna utan att behöva ställa dem i kö.

Vi deltar på överförmyndarens lunchmöte för sina företrädare. De erbjuder olika teman och den här gången fick vi möjligheten att berätta om vår verksamhet. Flera engagerade företrädare som kom med många bra frågor och tankar. Det är andra gången vi deltar och hoppas detta kan bli en

## Personliga ombud i Flen och Katrineholm

154

Vård- och omsorgsförvaltningen  
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

19 (19)

Besöksadress:  
Drottninggatan 21, Katrineholm  
[www.katrineholm.se](http://www.katrineholm.se) Org. nummer 212000-0340

Datum  
2024-01-09

Vår beteckning  
VON/2023:3-2.5.2

Årlig tradition. Överförmyndaren i Flen bjuder in oss PO för genomgång och samverkan för personer som tillhör vår målgrupp. De går igenom rutiner när en person inte är nöjd samt hur de granskar och stöttar gode män och förvaltare kring deras uppdrag.

Klienter upplever påtryckningar av Soc att söka PO och i samtal med dem förtydligar vi att det är frivilligt att söka stöd av oss och ska inte ersätta Soc insatser och stöd. En händelserapport är skriven.

Vi tar kontakt med gruppledare på Socialtjänsten kring rutin kring byte av handläggare. Synpunkten skickas till enhetschef som sedan lyfter frågan till gruppledare och berörd handläggare. Byte sker restriktivt och som sista utväg.

### *Bilaga 3*

Ledningsgruppens arbete under 2023

230130, 230327, 230522, 230821, 231016, 231204



## Förslag om ändrad samrådsorganisation

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner förslaget till ändrad samrådsorganisationen att gälla från den 1 mars 2024.

### Sammanfattning av ärendet

Nämndens samrådsorganisation ändrades senast den 15 december 2022.

Nämnden uppdrog då till förvaltningen att göra en utvärdering av samrådsorganisationen i början av 2024 och att nämnden skulle vara delaktig i utvärderingen.

Vård- och omsorgsförvaltningen har därför tillsammans med representanter för nämnden och enhetschefer tagit fram ett förslag till ändrad samrådsorganisation.

De ändringar som föreslås är bland annat:

- Viss information har flyttats inom dokumentet.
- Ett förtydligande har gjorts att medborgardialog ska hållas senast i september.
- Tydligare skrivningar om fördelning av arbetsuppgifter, mötesformer, minnesanteckningar och inbjudningar.
- Ett område har lagts till (socialpsykiatri).

### Ärendets handlingar

- Förslag till ändrad samrådsorganisation.

Anna-Lena Ramstedt  
Förvaltningschef

Annica Grann  
Utredare

Beslutet skickas till: Verksamhetschefer, enhetschefer, intranät, akten

# Förslag till ändrad Samrådsorganisation för vård- och omsorgsnämnden

Datum: 2024-02-20

Handläggare: Annica Grann

Dnr: VON/2022:71-1.3.1

# Dokumentinformation

## Beslutshistorik

Antagen av vård- och omsorgsnämnden 2015-10-29, § 119.

## Senast ändrad av vård- och omsorgsnämnden

2016-04-21 (§ 46), 2016-12-08 (§ 115), 2018-01-25 (§ 8), 2019-06-13 (§ 67), 2022-12,15 (§ 95), 2024-01-25, § X (ändringarna framtagna av representanter från vård- omsorgsnämnden/enhetschefer).

## Giltighet

Gäller från och med: 2024-03-01 (utgåva 8).

Gäller till och med: Tills vidare.

## Förvaltare<sup>1</sup>

Inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

## Kategori

- Anvisningsdokument.

## Uppföljning

Hur: Översyn av dokumentet.

När: Vid behov.

---

<sup>1</sup> Förvaltarens ansvar innebär att:

- dokumentet efterlevs
- är tillgängligt
- följa eventuellt ändrade förutsättningar för dokumentet
- dokumentet följs upp och revideras
- dokumentet är aktuellt och uppdaterat

# Innehåll

<b>Samrådsorganisation för vård- och omsorgsnämnden.....</b>	<b>4</b>
Medborgardialog .....	4
Förberedelser .....	4
Genomförande.....	4
Brukardialog .....	5
Förberedelser .....	5
Genomförande.....	5
Samråd med brukar- och anhörigorganisationer.....	5
Förberedelser .....	5
Genomförande.....	6
Ersättning.....	6
Övriga samråd .....	6
Förteckning över kontaktpolitikernas områden .....	6
Område .....	6
Antal kontaktpolitiker (en från majoriteten och en från oppositionen).....	6
Ändringshistorik (från utgåva 3).....	6

# Samrådsorganisation för vård- och omsorgsnämnden

Samråd är tillfällen när brukare och medborgare träffar förtroendevalda och företrädare för vård- och omsorgsförvaltningen för att diskutera hur verksamheten kan utvecklas. Inom vård- och omsorgsförvaltningen finns tre samråd.

## Medborgardialog

Medborgardialog är en möjlighet för invånare, förtroendevalda och representanter för vård- och omsorgsförvaltningen att mötas kring aktuella ämnen. Medborgardialog hålls en gång per år senast under september efter vårens brukardialoger. Mötet kan innehålla information men ska främst syfta till att skapa dialog. Det är inte ett forum för politisk debatt. Frågor som rör enskild person tas inte upp vid medborgardialogen.

## Förberedelser

Förvaltningsledningen planerar medborgardialogen tillsammans med två förtroendevalda från vård- och omsorgsnämnden. En från oppositionen och en från majoriteten. Gruppen beslutar om innehåll och utformning samt utser moderator och ansvarig verksamhetschef.

Det ska vara lätt för invånarna att komma till tals på medborgardialogen. Tidpunkt och plats ska väljas med omsorg, så att så många som möjligt kan delta.

Gruppen beslutar hur mötet ska kommuniceras ut till medborgarna. Utsedd verksamhetschef ansvarar sedan för annonsering och inbjudan samt information till enhetschefer, så att de i god tid kan informera brukare och andra.

Inbjudan annonseras på de ställen man kommit överens om senast en månad före dialogen. Information ska dock alltid ges på kommunens hemsida och sociala medier, i evenemangskalender samt i lokaltidningen.

Inbjudan ska innehålla uppgifter om vilka politiker och tjänstepersoner som kommer att delta. Inbjudan skickas alltid till alla förtroendevalda i vård- och omsorgsnämnden samt till intresseorganisationer inom både äldreomsorg och område funktionsstöd.

## Genomförande

Förvaltningsledningen och de två förtroendevalda som deltagit i planeringen deltar vid medborgardialogen.

Övriga förtroendevalda i vård- och omsorgsnämnden deltar om de önskar.

Utsedd verksamhetschef ansvarar för att dokumentera mötet i minnesanteckningar och registrera dem, meddela verksamheten vad som framkommit på mötet, hantera inkomna frågor samt rapportera om övergripande resultat i delårsbokslut och årsredovisning.

## Brukardialog

Brukardialog är en möjlighet för brukare på en enhet att framföra allmänna synpunkter till enhetschef och kontaktpolitiker. Frågor om enskilda tas inte upp. Brukare som inte själva kan föra sin talan kan vid behov representeras av företrädare. Brukarna bör vara i majoritet.

Enhetschef kallar till brukardialog vid behov.

Brukardialog med kontaktpolitiker ska hållas en gång per termin. Enhetschef kommer överens med kontaktpolitiker om lämplig tidpunkt. Brukardialog på våren hålls lämpligen före medborgardialog.

Kontaktpolitiker ansvarar för att bevaka brukarperspektivet i verksamheten för nämndens räkning. Nämnden utser två kontaktpolitiker enligt förteckning som finns sist i dokumentet.

## Förberedelser

Enhetschef gör dagordning och planerar in brukardialog på tidpunkt som passar brukare och deras anhöriga. Inbjudan skickas senast en månad före mötet till kontaktpolitiker och eventuella andra sakkunniga. Information/inbjudan anslås på lämpliga platser. Brukare och anhöriga förbereds exempelvis genom att man ordnar en plats där brukare själva eller med hjälp av medarbetare eller företrädare kan skriva upp frågor.

## Genomförande

Enhetschef håller i mötet. Brukare som har svårt att föra sin egen talan ska få hjälp att uttrycka sin önskan via medarbetare eller företrädare. Aktuella frågor diskuteras. Frågor från föregående brukar- och medborgardialoger följs upp. Möten kan vid behov genomföras digitalt.

Enhetschef ansvarar för att minnesanteckningar skrivs och registreras samt att deltagare informeras om hur de kan ta del av dem.

Verksamhetschef, nämndsekreterare samt brukare och kontaktpolitiker som så önskar ska få minnesanteckningar skickade till sig inom två veckor.

Enhetschef rapporterar från dialogen i kommande månadsrapport.

## Samråd med brukar- och anhörigorganisationer

Vid samråd med brukar- och anhörigorganisationer träffar deltagarna verksamhetschef och andra ansvariga inom vård- och omsorgsförvaltningen. På samråden diskuteras verksamhetsnära frågor, men inte enskilda ärenden. Förtroendevalda deltar inte.

Brukar- och anhörigorganisationerna bjuds in till vård- och omsorgsförvaltningen två gånger per termin eller oftare om det finns behov. Organisationerna erbjuds att delta med högst fem medlemmar per förening på mötet. Formerna för mötet kan variera. Behov och önskemål från deltagare och arrangör avgör. Om det inte går att genomföra fysiska dialoger kan de genomföras digitalt.

## Förberedelser

Verksamhetschef inom funktionsstöd planerar mötet tillsammans med enhetschef för medborgarfunktionen. Verksamhetschef ansvarar för att inbjudan skickas senast en månad före mötet. Inbjudan ska innehålla uppgift om vilka tjänstepersoner som kommer att delta, samt uppmaning att skicka in frågor till den som sänt inbjudan. Vid behov bjuds specialistfunktioner från vård- och omsorgsförvaltningen in till mötet.

## Genomförande

Verksamhetschef ansvarar för att hantera inkomna frågor och att planer för nästkommande samråd görs på mötet.

Verksamhetschef ansvarar för att minnesanteckningar skrivs och registreras inom två veckor samt sänds till föreningarna. Föreningarna distribuerar sedan vidare dessa till sina medlemmar. Efter mötet ansvarar verksamhetschef för att övrig verksamhet meddelas vad som framkommit. Rapport om övergripande resultat görs av verksamhetschef i delårsbokslut och årsredovisning.



## Övriga samråd

*Funktionsrättsrådet* är ett forum för informationsutbyte på en övergripande nivå. Det har representanter från kommunala förvaltningar samt anhörig- och brukarorganisationer. Funktionsrättsrådet kan även fungera som remissinstans.

Det *kommunala pensionärsrådet* lyder under kommunstyrelsen. På pensionärsrådet utbyts information mellan kommunens företrädare och företrädare för de olika pensionärsorganisationerna. Pensionärsrådet är även remissinstans i samhälls- och planeringsfrågor som rör pensionärer.

## Ersättning

Kontaktpolitikernas uppdrag omfattas av kommunens arvodesbestämmelser för *Övrigt uppdrag*.

Brukare kan få reseersättning motsvarande kostnaden för kommunala kommunikationer eller färdtjänstresa (om kommunala färdmedel inte kan användas) för resa till samråd.

Reseersättning utgår till brukare som är beviljad insats och belastar det område där brukaren får insats. Enhetschef lämnar underlag till assistent för utbetalning genom utanordning.

## Förteckning över kontaktpolitikernas områden

*Kompletteras med namn efter val*

Område	Antal kontaktpolitiker (en från majoriteten och en från oppositionen)
Boende funktionsstöd	2
Daglig verksamhet/daglig sysselsättning funktionsstöd	2
Barn och ungdom, inklusive ledsagning	2
Socialpsykiatri	2
Hemtjänst, personlig assistans samt medborgardialog	2
Almgården	2
Dufvegården	2
Furuliden	2
Igelkotten	2
Lövåsgården (vårdboende + korttidsboende)	2
Norrglantan	2
Strandgården	2
Vallgården	2
Yngaregården	2

Nämndsekreterare ansvarar för att aktuell lista med grupper och kontaktpolitiker finns på Katrineholms kommuns webbplats.

### Ändringshistorik (från utgåva 3)

- Utgåva 3: Arvode - Övrigt uppdrag till kontaktpolitiker.
- Utgåva 4: Områdeschefer ersätts med områdes-/verksamhetschef pga. ny organisation den 1 maj 2017. Brukarråd för personlig assistans tas bort. Dessa brukare ska dock få en personlig inbjudan till medborgardialogerna. Förtydligande om att alla minnesanteckningar på alla nivåer ska registreras samt att brukarråden bör förarbetas på enheterna tillsammans med brukarna. Byte av kontaktpolitiker Norrglantan, Yngaregården samt Barn och ungdom.
- Utgåva 5: områdes-/verksamhetschef ersätts med verksamhetschef på grund av ny organisation den 1 maj 2017. Förtydligande om strukturer för samrådsorganisation. Enhetschef ersätter verksamhetschef på brukarråd.
- Utgåva 6: Förtydligande av samverkan med äldreområdets intresseorganisationer samt anhörigas deltagande i brukarråd samt vissa ändringar utifrån möten med kontaktpolitikerna.
- Utgåva 7: Medborgardialog: Dialogerna är hopslagna till ett, för alla medborgare. Två förtroendevalda deltar vid medborgardialog. Inbjudan ska skickas senast en månad före mötesdatum. Dialog kan genomföras på olika sätt. Brukarmöte ändrat namn till brukardialog. Förtydligat att enhetschef ska stimulera brukare att lämna förslag till brukardialog som avser frågor på enheten samt att det avser frågor av allmän karaktär. Minnesanteckningar från brukardialog skickas till kontaktpolitiker och verksamhetschef inom två veckor. Översyn antal kontaktpolitiker inom funktionsstöd, samt organisation kring det. Ersättning fått egen rubrik och innehåll ändrat. Alla dialoger kan vid behov genomföras digitalt.
- Utgåva 8: Viss information har flyttats inom dokumentet. Förtydligande att medborgardialog ska hållas senast i september. Tydligare skrivningar om fördelning av arbetsuppgifter, mötesformer, minnesanteckningar och inbjudningar. Ett område har lagts till (social-psykiatri).

## Val av kontaktpolitiker år 2024

### Förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden väljer följande kontaktpolitiker för år 2024:

Område	Kontaktpolitiker	Kontaktpolitiker
Boende funktionsstöd	Barbro Skogberg (S)	Göran Svenningsson (V)
Daglig verksamhet/daglig sysselsättning funktionsstöd	Franca Baban (S)	Åke Hillborg (KD)
Barn och ungdom, inklusive ledsagning	Reem Deeb (S)	Ewa Callhammar (L)
Socialpsykiatri	XX	XX
Hemtjänst, personlig assistans samt medborgardialog	Johanna Karlsson (S)	Ewa Callhammar (L)
Almgården	Dan Jonsson (S)	Ann-Charlotte Olsson (C)
Dufvegården	Lennart Olsson (S)	Ylva G Karlsson (MP)
Furuliden	Vakant	Vakant
Igelkotten	Ewa Fager (S)	Britt Gustafsson (SD)
Lövåsgården (vårdboende + korttidsboende)	Karin Frisk (S)	Zdzislaw Napiorkowski (SD)
Norrglantan	Liza Edgélius (M)	Saud Porovic (SD)
Strandgården	Johanna Karlsson (S)	Åke Hillborg (KD)
Vallgården	XX	Marian Loley (KD)
Yngaregården	Birgitta Carlheim-Gyllensköld (M)	Ann-Charlotte Olsson (C)

- Kontaktpolitikerna omfattas av kommunens Arvodesbestämmelser för förtroendevalda, *Övriga uppdrag*.

### Sammanfattning av ärendet

Enligt reglementet för vård- och omsorgsnämnden får nämnden tillsätta de utskott de bedömer lämpliga. Vård- och omsorgsnämnden fastställde den 26 januari 2023 utskottsorganisation för nämnden. Två kontaktpolitiker ska utses för varje område enligt samrådsorganisationen, en från majoriteten och en från oppositionen. För närvarande finns 14 områden.

Mona Kjellström  
Nämndsekreterare

Beslutet skickas till: De valda, VC, enhetschefer, nämndsekreterare, akten

Vår handläggare  
Mona KjellströmHandläggare telefon  
0150-578 14

Mottagare:

Vård- och omsorgsnämnden

Handläggare e-post  
Mona.Kjellstrom@katrineholm.se

## Redovisning av delegationsbeslut

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av delegationsbesluten.

### Sammanfattning av ärendet

Nedan redovisas de beslut som fattats med stöd av gällande delegation på nämndens vägnar:

### Tjänstemannabeslut

Datum	Typ av beslut	Beslutande
2024-01-01--01-31	Bostadsanpassningsbidrag	Handläggare
2024-01-01--01-31	Färdtjänst/riksfärdtjänst	Handläggare
2024-01-01--01-31	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)	Handläggare
2024-01-01--01-31	Socialtjänstlagen (SoL)	Handläggare

### Utskottsbeslut

Datum	Typ av beslut	Beslutande
2024-02-08, §§ 1-7	Individbeslut	Enskilda utskottet

Mona Kjellström  
Nämndsekreterare



## Meddelanden

### Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av meddelandena.

### Förvaltningsrätten i Linköping

- Med anledning av inkomna förfrågningar om att utfärda så kallade bevis om laga kraft för kommunala beslut har Förvaltningsrätten den 30 januari 2024 meddelat sitt ställningstagande. Förvaltningsrättens uppfattning är att bestämmelserna om laglighetsprövning i 13 kap. kommunallagen (2017:725) inte ger domstolen möjlighet att utfärda bevis om laga kraft när det gäller kommunala beslut som inte har överklagats till domstolen. Hnr 2024:133.
- Förvaltningsrätten har den 16 februari 2024 översänt dom i ärende om särskild avgift enligt socialtjänstlagen. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) begär att Katrineholms kommun ska åläggas att betala en särskild avgift enligt 16 kap. 6 a § socialtjänstlagen för att ha dröjt oskäligt lång tid med att verkställa ett beslut om bistånd i form av bostad med särskild service. Förvaltningsrätten beslutar att Katrineholms kommun ska betala en särskild avgift på 309 700 kronor till staten. Hnr 2024:172.

Mona Kjellström  
Nämndsekreterare