

Sammanträdande organ

Vård- och omsorgsnämnden

Tid

2022-02-24 klockan 13:15

Plats

KTS-salen, Vita huset, Drottninggatan 18

Nr	Ärende	Beteckning	Föredragande
1	Upprop		
2	Val av justerare		
3	Fastställande av dagordning		
4	Månadsrapport november 2021	VON/2021:30	Lars Hernevid
5	Information - ekonomi		Eva Glennåker
6	Aktuell verksamhetsinformation		
7	Rapport av ej verkställda beslut fjärde kvartalet 2021	VON/2021:29	Mona Kjellström
8	Redovisning av delegationsbeslut		
9	Patientsäkerhetsberättelse 2021	VON/2022:8	Eva Gyllhamn
10	Kvalitetsberättelse 2021	VON/2022:16	Lars Carlberg
11	Ledningssystem för kvalitet inom vård- och omsorgsförvaltningen	VON/2021:75	Lars Carlberg
12	Årsredovisning 2021	VON/2021:49	Lars Hernevid
13	Ombudgetering av investeringar 2022	VON/2021:47	Lars Hernevid
14	Redovisning av genomförd internkontroll 2021	VON/2021:9	Lars Hernevid
15	Internkontrollplan 2022	VON/2022:17	Lars Hernevid
16	Habiliteringsersättning 2022	VON/2022:12	Lars Hernevid
17	Revidering av timersättning för utförare av hemtjänst - bilaga 2 till förfrågningsunderlag valfrihetssystem hemtjänst	VON/2022:13	Lars Hernevid
18	Yttrande över motion om att delade turer gör en del personal sjuka	VON/2021:61	Lars Hernevid
19	Ansökan om statsbidrag 2022 för personligt ombud	VON/2022:10VON/2021:4	Lars Hernevid
20	Revidering av riktlinjer/bestämmelser för kommunala bidrag till föreningar inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde	VON/2021:76	Lars Hernevid

Vård- och omsorgsförvaltningen

Nr	Ärende	Beteckning	Föredragande
21	Redovisning av inkomna synpunkter juli-december 2021	VON/2021:3	Anna-Lena Ramstedt
22	Redovisning arbetsmiljö 2021	VON/2022:18	Lars Hernevid
23	Redovisning av inkomna domar 2021	VON/2021:48	Lars Hernevid
24	Val av ny ersättare i enskilda utskottet	VON/2019:1	
25	Meddelanden		

Marie-Louise Karlsson (S)

Ordförande

Förhinder anmäls till Mona Kjellström 0150-578 14 mona.kjellstrom@katrineholm.se

Av hänsyn till våra allergiker. Kom doftfri!

Kommande sammanträdesdagar år 2022

Beredning 13.15-15.00	10/2	7/4 15.00-16.15	2/6	11/8	15/9	3/11	1/12	
Nämnd 13.15	24/2	28/4	16/6	25/8	29/9	17/11	15/12	
Enskilt utskott 13.15-15.00	3/3	7/4	12/5	14/6 (tis)	1/9	6/10	10/11	8/12

Månadsrapport november 2021

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger månadsrapporten till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet

Vård- och omsorgsförvaltningen har tagit fram månadsrapport för november 2021.

Då nämnden inte haft något sammanträde under januari har rapporten redan mejlats ut till nämnden för kännedom.

Rapporterna redovisar väsentliga händelser, volymutveckling, ekonomisk redovisning och personal.

Ärendets handlingar

- Månadsrapport för november 2021

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Mona Kjellström
Nämndsekreterare

Beslutet skickas till: Akten

Månadsrapport

Vård- och omsorgsförvaltningen

November 2021

Datum: 2021-12-20

Dnr: VON/2021:30-040. Hnr 2021:1278

Innehållsförteckning

Väsentliga händelser.....	3
Förvaltningskontor	3
Äldreomsorg	3
Funktionsstöd	4
Volymutveckling.....	5
Verksamhetsvolymen äldreomsorg.....	5
Verksamhetsvolymen funktionsstöd	5
Ekonomisk redovisning.....	6
Ekonomiskt utfall enligt driftsredovisningen med helårsprognos	6
Ekonomiska kommentarer	6
Personalkostnad per månad, mnkr	7
Investeringar	7
Personal.....	8
Medarbetare och arbetsmiljö	8
Sjukfrånvaro	9

Väsentliga händelser

Förvaltningskontor

Fortsatt arbete med vaccinering inom ordinärt boende har pågått under november vilket medfört ett stort jobb men det har varit möjligt att genomföra.

Inom arbetet med en *god och nära vård* har det under november genomförts föreläsningar med SKR samt länsdialog utifrån ledarskapsprogrammet inom nära vård. Samverkan/dialog sker särskilt inom KfV-regionen. Vård- och omsorgsförvaltningens lokala processledare har under månaden deltagit på arbetsplatsträffar samt skapat och publicerat en enkät med frågor utifrån de sex principer som anger riktningen i Sörmland. Detta i syfte att inventera medarbetares reflektioner om nuläge och framtida behov.

I ett förberedelsearbete inför *äldreomsorgslyftet 2022* har vård- och omsorgsförvaltningen genomfört och samordnat en ansökningsprocess för specialistundersköterska demens samt för undersköterskeutbildning. Sammanlagt förväntas upp till 26 medarbetare erbjudas undersköterskeutbildning under det kommande året.

Inom myndighetsavdelningen har en aktgranskning genomförts för att säkerställa kvalitet i utredningarna. Akter som granskats är nya beslut om avgiftsfri avlösning inom äldreomsorgen under perioden januari-oktober 2021. Beslut om kontaktperson enligt LSS och SOL inom socialpsykiatri har granskats. Sammanställningen av granskning pågår.

Äldreomsorg

I arbetet med att ge *ökade förutsättningar för aktiviteter för brukare inom vård och omsorg* har det genomförts ett flertal aktiviteter under november. Exempelvis har det på Dufvegården varit underhållning med Magnus Carlsson. Upptredet kunde streamas så att även övriga boenden fick möjlighet att se och höra Magnus via länk. Andra exempel är klädförsäljning, galamiddag, pepparkaksbak, somalisk lunch och hotellfrukost. Alla aktiviteter anpassas så att det sker säkert med hänsyn till coronapandemin.

Norrgläntan uppmärksammades nationellt under november då Aftonbladet varit där och gjort ett reportage om deras arbete med att dekorera väggarna, för att göra boendemiljön stimulerande för de boende. Detta har lett till en nominering i "Svenska Hjältar". Det är flera drivande och engagerade medarbetare som jobbar med detta. De boende inkluderas och görs delaktiga utifrån var och ens förmåga.

Kökspersonal på Panterna kommer erbjuda hembesök för att presentera verksamheten kring restaurang och aktiviteter. Målet är att fler skall komma ner till restaurangen och äta lunch och delta i aktiviteter och bryta ensamheten och öka tryggheten under dagen.

Flera satsningar på välfärdsteknik görs inom verksamheterna. Beställningar och leverans av fler Towertafel på demensavdelningar har skett under november. Denna ger en god effekt och både lugnar vid oro och stimulerar sinnen. Även digitala katter och hundar har levererats och har blivit mycket uppskattade och förväntas bidra till att *fler brukare inom vård och omsorg ska ha en positiv upplevelse kring bemötande, förtroende och trygghet*.

Arbetet med att införa en fast omsorgskontakt i hemtjänsten pågår. Möten har genomförts i november där vi tagit fram olika utvecklingsområden för att förbättra kontinuitet, trygghet och ett samordningsansvar runt brukaren. Arbetet kommer pågå tills fram på våren 2022 för att sedan fortsätta utvecklas till 2030 då alla fasta omsorgskontakter ska vara utbildande undersköterskor.

Funktionsstöd

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomför under november/december tillsyn av gruppboendestäder som bedrivs enligt 9:9 LSS (Lagen 1993:387 om stöd och service till vissa funktionshindrade). Tillsynens fokus är att granska förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder samt kränkningar riktade mot de som bor på boendet. Utifrån den enkät som gjorts inför tillsynen har samtliga enheter haft en genomgång och diskussion om skydds- och begränsningsåtgärder. Genomgången och diskussionerna förväntas bidra till att *fler brukare inom vård och omsorg ska ha en positiv upplevelse kring bemötande, förtroende och trygghet.*

Brukarundersökning har genomförts inom boendeenheter och inom personlig assistans. Resultatet av undersökningen används för att följa upp de mål som finns satta i kommunplanen och i arbetet med nästa års verksamhetsplanering.

Verksamheterna arbetar ständigt med att ge *ökade förutsättningar för aktiviteter för brukare inom vård och omsorg.* Under november har exempelvis kulturgruppen påbörjat sin julturné. På flera enheter har brukarna varit på marknader och utomhusaktiviteter som erbjudits i närområdet, aktiviteter i badhuset samt bandymatcher. Under medarbetarsamtalet lyfts särskilt frågan om hur medarbetarna jobbar för att fånga upp aktiviteter och mål hos brukarna.

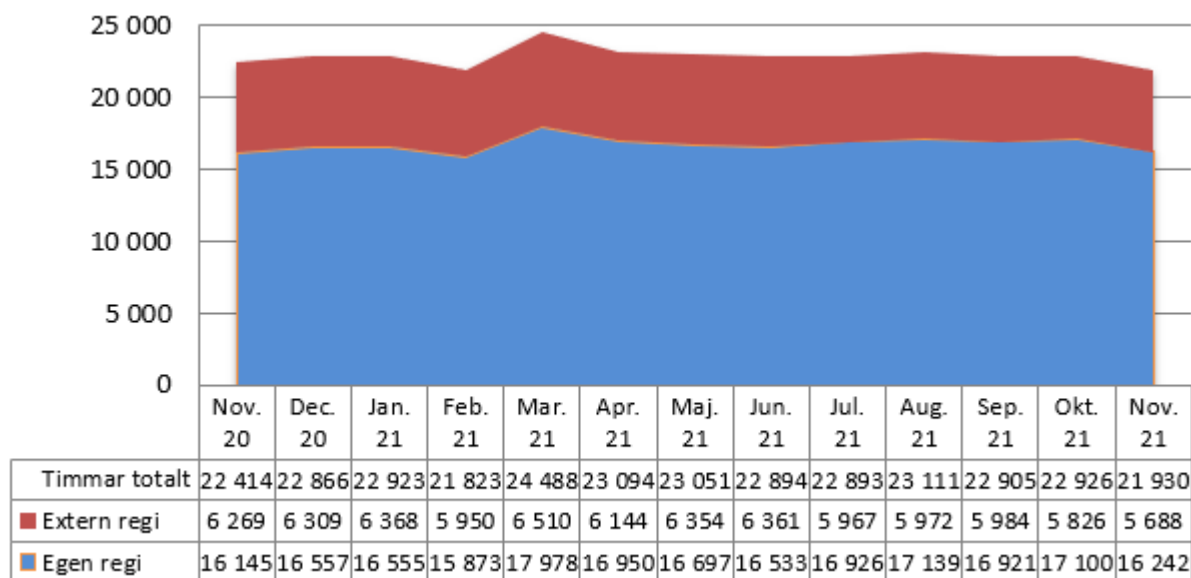
I arbetet med en *stärkt patientsäkerhet* har dokumentationsstödjare/kvalitetsråd samlats och arbetat med kvalitetsgranskningsmall samt planering för 2022.

Utifrån målet att kunna *skapa tryggare offentliga miljöer* har verksamhetsområdet under november arbetat med utemiljöerna vid några av våra gruppboendestäder. Målet är att få till ett samarbete mellan enheterna i det aktuella området för att skapa en bättre arbetsmiljö för medarbetare och brukare.

Volymutveckling

Verksamhetsvolymier äldreomsorg

Utförda hemtjänsttimmar per månad



Särskilt boende

Volymier med mått	Utfall 2021	Utfall 2020
Belagda platser på särskilt boende, aktuell månad	288	296

Verksamhetsvolymier funktionsstöd

Volymmått	Utfall 2021	Utfall 2020
Personlig assistans enligt socialförsäkringsbalken, antal timmar i intern regi aktuell månad	4 049	5 035
Personlig assistans enligt socialförsäkringsbalken, antal timmar i extern regi aktuell månad	10 756	13 556
Personlig assistans enligt LSS, antal timmar i intern regi aktuell månad	368	1 808
Personlig assistans enligt LSS, antal timmar i extern regi aktuell månad	3 363	5 300
Belagda platser på LSS-boende, aktuell månad	144	141
Externa placeringar LSS, aktuell månad	9	5
Antal brukare med daglig verksamhet inom LSS, aktuell månad	247	240
Beviljade timmar boendestöd, aktuell månad	1 474	1 588

Ekonomisk redovisning

Ekonomiskt utfall enligt driftsredovisningen med helårsprognos

Driftsredovisning, nettoresultat (tkr)				
	Periodens ack. utfall	Periodens ack. budget	Periodens ack. avvikelse	Prognos budgetavvikelse helår
Förvaltningsgemensamt	-17 381	-27 176	9 794	9 995
Förvaltningskontor	-254 787	-254 941	153	0
Äldreomsorg	-263 341	-261 463	-1 878	-1 492
Funktionsstöd	-178 856	-182 733	3 878	2 997
Summa	-714 365	-726 313	11 947	11 500

Ekonomiska kommentarer

Vård- och omsorgsnämnden redovisar en positiv avvikelse mot budget med 11 947 tkr per oktober månad. Prognosen för helåret är 11 500 tkr.

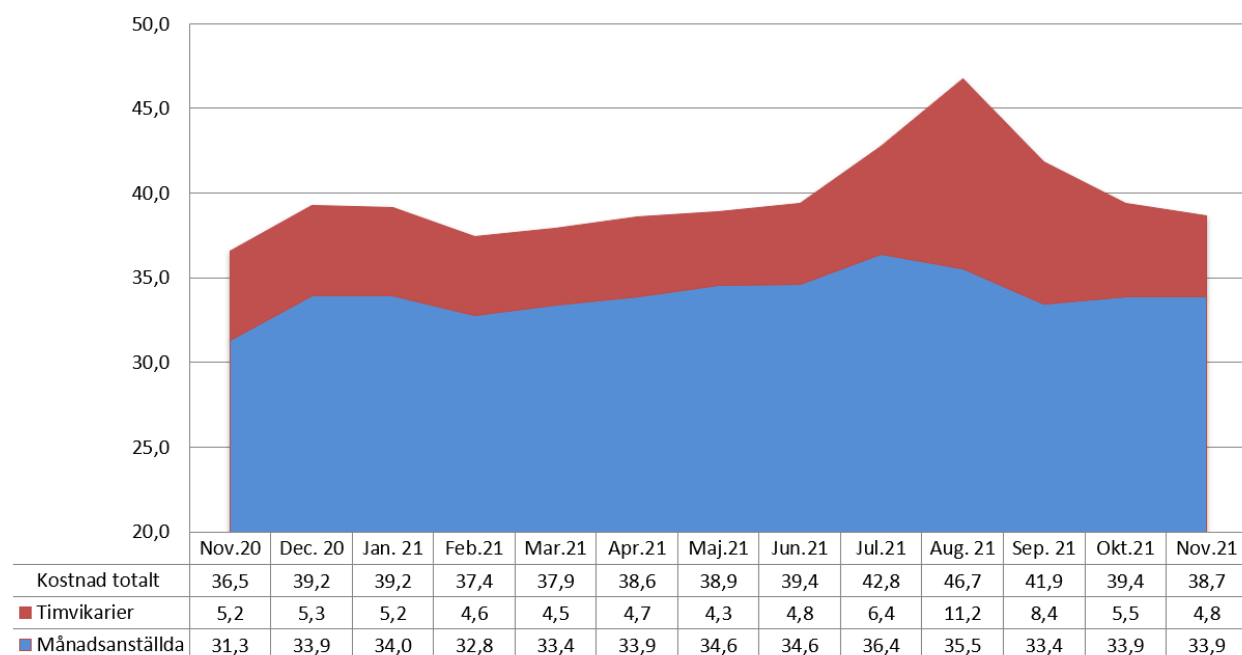
Förvaltningsgemensamt har en större positiv ackumulerad avvikelse som bland annat beror på utbetalning av medel gällande merkostnader för covid-19 som avser 2020. Vidare har en större budget avsatts för skyddsutrustning där inköp inte har behövs göras i den omfattningen som planerats på grund av låg smitta inom verksamheterna. Under oktober månad har genomgång gjorts av anläggningsregistret och de anläggningstillgångar som inte längre finns kvar i verksamheterna har utstrangerats.

Förvaltningskontoret har totalt en mindre positiv avvikelse. Inom verksamheterna finns några avvikelser, tex färre brukare inom personlig assistans som utförs av externa utförare. Vidare nyttjas mindre färdtjänst än budgeterat, vilket också såsom extern personlig assistans påverkar resultatet positivt. Det som avviker negativt är budgeten för totalt antal hemtjänsttimmar, under året har fler timmar använts än vad som finns budgeterat. Även inom hälso- och sjukvård finns vakanser bland sjuksköterskor och därmed har bemanningsföretag använts för att kunna bedriva verksamheten i den omfattningen som behövs.

Äldreomsorg visar ett negativt resultat där den största negativa avvikelsen är den kommunalt utförda hemtjänsten. Alla hemtjänstområden arbetar aktivt för att komma tillrätta med det underskott som uppkommit i år jämfört med förra året. Det hemtjänsten går minus vägs till stora delar upp av resultatet inom särskilt boende som istället redovisar ett positivt resultat baserat på att det är färre brukare under pågående ombyggnationer. Något som påverkat resultatet negativt i oktober främst inom hemtjänsten är inkonverteringar, vilket innebär dubbla lönekostnader för berörd personal.

Inom *Funktionsstöd* är det tre verksamheter, avlösare, ledsagning och kontaktpersoner som haft färre ärenden än det som planerats i budget. Intern personlig assistans har också ett positivt resultat då de har färre brukare än vad som budgeterats. Även den nya gruppboenden Humlen som öppnade senare under året har påverkat resultatet positivt.

Personalkostnad per månad, mnkr



Investeringar

Helårsprognos

Investeringsredovisning, nettoresultat (tkr)				
	Periodens ack. utfall	Periodens ack. budget	Periodens ack. avvikelse	Prognos budgetavvikelse helår
Inventarier Dufvegården	5 200	11 993	6 793	5 800
Ny teknik	167	610	443	0
Ny gruppbostad Humlen	376	700	324	0
Aktskåp	115	105	-10	0
Skogsbrynet	49	56	7	12
Möbler gemensamhetslokaler	320	458	138	0
Inventarier i brukarmiljö	807	1 454	647	0
Nytt verksamhetssystem inkl. planeringssystem för hemtjänst	0	2 997	2 997	3 270
Totalt	7 034	18 373	11 339	9 082

Åtgärder som är inräknade i helårsprognosen

Lågt ackumulerat utfall på investeringar, dock kommer en del av Dufvegårdens investeringsmedel att behövas ombudgeteras till 2022 då vissa inköp inkommer i början av nästa år. Investeringen som avser nytt verksamhetssystem kommer inte att starta under 2021, därav positivt avvikande prognos.

Personal

Medarbetare och arbetsmiljö

Skyddsronder, såväl fysiska som sociala- och organisatoriska, har genomförts på flera enheter under november. Handlingsplaner med utgångspunkt i dessa har tagits fram.

Förvaltningschef och äldreomsorgschef har varit på Dufvegården för att prata med medarbetare utifrån artikel i Kuriren där ett missnöje framkom. Under denna dag kom ett antal personal och diskuterade utifrån sina upplevelser av arbetsmiljön. I det stora hela så var personalen nöjd. De beskrev att det var en omställning att komma till ett större boende men trivdes nu mycket bra. Någon upplevde lokalerna stora och lite opersonliga jämfört med ett mindre boende.

Gällande *säkrad kompetensförsörjning* så har flera utbildningar genomförts under november. Samtliga handläggare har deltagit i kurs "Handläggning och dokumentation". Kursen har haft syftet att deltagare i kursen ska känna sig trygga i bestämmelser kring journalföring, kommunikation, dokumentation samt utrednings- och beslutsförfarande. Inom funktionsstöd har några enheter utbildats inom bemötande och lagstiftning samt ESL (Ett självständigt liv). Bemanningseenheten har haft utbildning inom demens. Äldreomsorgen har jobbat med att säkerställa att all personal har den utbildning som krävs. Värdegrundshandledarna och enhetschefer inom hela förvaltningen har gått utbildning i värdegrund och kommer ha uppföljning och fortsättning till våren.

Flera rekryteringar är pågående inom Hälso- och sjukvårdsområdets verksamheter. Det har varit svårt att få sökanden till flera tjänster som annonserats. Störst svårigheter har det varit i rekryteringar till arbetsterapeut/sjukgymnast.

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaro tillsvidareanställda

	Vård- och omsorgsförvaltningen	Kvinnor VOF	Män VOF	Katrineholms kommun
Januari	10,48% (9,45%)	10,77%	8,85%	7,76%
Februari	12,14% (10,18%)	12,36%	10,85%	9,37%
Mars	11,29% (17,17%)	11,69%	8,98%	10,38%
April	11,23% (19,65%)	11,58%	9,25%	9,33%
Maj	9,97% (11,20%)	10,16%	8,93%	8,14%
Juni	9,08% (9,61%)	9,36%	7,64%	6,88%
Juli	7,22% (7,98%)	7,25%	7,03%	4,64%
Augusti	9,18% (9,27%)	9,62%	6,88%	7,00%
September	12,33% (13,52%)	13,09%	2,03%	9,85%
Oktober	10,39% (10,51%)	10,98%	7,24%	
November				
December				

Insatser för minskad sjukfrånvaro

Siffran för sjukfrånvaro tillsvidareanställda i oktober är preliminär. Siffran inom parantes anger sjuktalet för motsvarande månad föregående år.

Sjukfrånvaron är fortsatt hög med hög andel frånvaro till följd av förkylningar och att personal behöver vara hemma även vid milda symptom.

Fortsatt aktivt arbete i rehabärenden som rör långtidsfrånvaro eller återkommande korttidsfrånvaro där individanpassade åtgärder för att möjliggöra återgång i arbetet sätts in. Även arbetet utifrån handlingsplan för frisknärvaro fortsätter där det bland annat är fokus på att ta en tidig kontakt med de medarbetare som är sjuka för att fånga upp vilken typ av sjukfrånvaro det rör sig om och om den är arbetsrelaterad. Hälsosamtal genomförs i de fall medarbetaren varit sjuk vid tre tillfällen eller fler under det senaste året.

Rapport av ej verkställda beslut fjärde kvartalet 2021

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

1. Vård- och omsorgsnämnden godkänner rapporten av ej verkställda gynnande nämndbeslut.
2. Nämnden godkänner nedanstående statistikrapport och överlämnar den kommunfullmäktige och revisorerna.

Sammanfattning av ärendet

Vård- och omsorgsnämnden ska rapportera alla gynnande nämndbeslut enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) som inte verkställts inom tre månader för dagen för beslut.

Rapport ska ske till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och revisorerna. En statistikrapport över samma beslut ska lämnas till kommunfullmäktige. Rapportering ska ske en gång per kvartal.

Ej verkställda beslut fjärde kvartalet 2021

Äldreomsorg (SoL)	Antal beslut
Särskilt boende Uppllysning: 4 beslut (3 kvinnor, 1 man) var verkställda vid rapporteringstillfället. 3 personer (1 kvinna, 2 män) har tackat nej till varsitt erbjudande.	7 (4 kvinnor, 3 män)
Dagverksamhet Uppllysning: 1 beslut (man) avslutat på egen begäran. 1 beslut (kvinna) var verkställt vid rapporteringstillfället.	3 (1 kvinna, 2 män)
Daglig verksamhet (socialpsykiatri)	2 (1 kvinnor, 1 män)

Omsorg till personer med funktionsnedsättning (LSS)	Antal beslut
Bostad med särskild service för vuxna Uppllysning: 2 beslut (1 kvinna, 1 man) var verkställda vid rapporteringstillfället. 1 (kvinna) har tackat ja och skrivit kontrakt men ej flyttat in. 1 beslut (man) verkställs 1 februari. 1 (kvinna) har återtagit sin ansökan.	6 (3 kvinnor, 3 män)
Daglig verksamhet Uppllysning: 3 beslut (1 kvinna, 2 man) var verkställda vid rapporteringstillfället. 8 (5 kvinnor, 3 män) har avbrott i verkställighet pga. eget initiativ. 1 (kvinna) utreds för byte av sysselsättning.	11 (6 kvinnor, 5 män)
Ledsagarservice Uppllysning: 1 beslut (man) avslutat då vårdnadshavare inte gått att kontakta. 1 beslut (kvinna) avser avbrott i verkställighet pga. inställda aktiviteter.	2 (1 kvinna, 1 man)

Ärendebeskrivning

Rapporteringskyldighet

Enligt socialtjänstlagen (SoL) ska vård- och omsorgsnämnden rapportera alla gynnande nämndbeslut enligt 4 kap 1 § SoL, som inte verkställts inom tre månader för dagen för beslut. Samma rapporteringskyldighet gäller alla gynnande nämndbeslut enligt 9 § lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS),

Rapport ska lämnas till IVO och revisorerna. En statistikrapport över samma beslut ska lämnas till kommunfullmäktige. Rapporteringen ska ske en gång per kvartal.

Rapporteringsperioderna till IVO är:

- 1-31 januari 2021
- 1-30 april 2021
- 1 juli-31 augusti 2021
- 1-31 oktober 2021
- 1-31 januari 2022

En kommun som inte inom skälig tid tillhandahåller bistånd enligt 4 kap 1 § SoL eller insats enligt LSS 9 §, som någon är berättigad till enligt beslut av kommunen eller domstol, kan åläggas att betala en särskild avgift. Detsamma gäller om kommunen inte inom skälig tid på nytt tillhandahåller biståndet efter det att verkställigheten avbrutits. Avgiften tillfaller staten.

Med hänsyn till sekretessen sker muntlig rapportering till nämnden.

Rapportering till IVO sker från och med december 2017 via e-tjänst.

Till fullmäktige skickas protokollsutdrag med statistik. Revisorerna får, enligt eget önskemål, samma protokollsutdrag.

Statistikrapport fjärde kvartalet 2021

Ej verkställda biståndsbeslut enligt 4 kap 1 § SoL - äldreomsorg

Särskilt boende	Beslutens ålder/väntetid			Totalt
	3-6 mån	6-12 mån	> 1 år	
Kvinnor	3	1		4
Män	3			3
Summa	6	1		7

Upplysning: 4 beslut (3 kvinnor, 1 man) var verkställda vid rapporteringstillfället.
3 personer (1 kvinna, 2 män) har tackat nej till varsitt erbjudande.

Dagverksamhet	Beslutens ålder/väntetid			Totalt
	3-6 mån	6-12 mån	> 1 år	
Kvinnor	0		1	1
Män	0		2	2
Summa	0		3	3

Upplysning: 1 beslut (kvinna) var verkställt vid rapporteringstillfället. 1 beslut (man) avslutat på egen begäran.

Daglig verksamhet (socialpsykiatri)	Beslutens ålder/väntetid			Totalt
	3-6 mån	6-12 mån	> 1 år	
Kvinnor			1	1
Män			1	1
Summa			2	2

Upplysning: 1 beslut (man) avslutat på egen begäran. 1 (kvinna) har avbrott i verkställighet pga. eget initiativ.

Ej verkställda biståndsbeslut enligt 9 § LSS - omsorg till personer med funktionsnedsättning

<i>Bostad med särskild service för vuxna</i>	<i>Beslutens ålder/väntetid</i>			<i>Totalt</i>
	<i>3-6 mån</i>	<i>6-12 mån</i>	<i>> 1 år</i>	
Kvinnor			3	3
Män			3	3
Summa			6	6

Upplysning: 2 beslut (1 kvinna, 1 man) var verkställda vid rapporteringstillfället. 1 (kvinna) har återtagit sin ansökan. 1 (kvinna) har tackat ja och skrivit kontrakt men ej flyttat in. 1 beslut (man) verkställs 1 februari.

<i>Daglig verksamhet</i>	<i>Beslutens ålder/väntetid</i>			<i>Totalt</i>
	<i>3-6 mån</i>	<i>6-12 mån</i>	<i>> 1 år</i>	
Kvinnor			6	6
Män			5	5
Summa			11	11

Upplysning: 3 beslut (1 kvinna, 2 man) var verkställda vid rapporteringstillfället. 8 (5 kvinnor, 3 män) har avbrott i verkställighet pga. eget initiativ. 1 (kvinna) utreds för byte av sysselsättning.

<i>Ledsagarservice</i>	<i>Beslutens ålder/väntetid</i>			<i>Totalt</i>
	<i>3-6 mån</i>	<i>6-12 mån</i>	<i>> 1 år</i>	
Kvinnor			1	1
Män			1	1
Summa			2	2

Upplysning: 1 beslut (man) avslutat då vårdnadshavare inte gått att kontakta. 1 beslut (kvinna) avser avbrott i verkställighet pga. inställda aktiviteter.

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Mona Kjellström
Nämndsekreterare

Beslutet skickas till: Kommunfullmäktige, revisorerna, akten

Lednings- och verksamhetsstöd

Datum
2022-02-08

Vår beteckning

Vår handläggare
Mona KjellströmHandläggare telefon
0150-578 14Mottagare:
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 enligt delegationsordningen.

Tjänstemannabeslut

Datum	Typ av beslut	Delegat
2021-12-01--2022-01-31	Bostadsanpassningsbidrag	Handläggare
2021-12-01--2022-01-31	Färdtjänst	Handläggare
2021-12-01--2022-01-31	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade	Handläggare
2021-12-01--2022-01-31	Socialtjänstlagen	Handläggare
2022-01-05, § 39	LS 5:21 Beslut enligt 24b § LSS (lex Sarah) att rapport om bristande bemötande inte utgör missförhållande.	Petra Kruse, verksamhetschef förvaltningskontoret
2022-01-05, § 1	LS 12:21 Beslut enligt 24b § LSS (lex Sarah) att rapport om bristande bemötande och metoder utgör risk för missförhållande.	Petra Kruse, verksamhetschef förvaltningskontoret

Ordförandebeslut

Datum	Typ av beslut	Delegat
2022-01-26, § 2	Yttrande till IVO med anledning av ej verkställt beslut Dnr 3.3.1-40320/2021	Marie-Louise Karlsson (S)

Redan anslagna beslut

Ordförandebeslut

Datum	Typ av beslut	Delegat
2021-12-20, § 40 2021-12-33, § 41	Principer vid ovaccinerade medarbetare (covid-19).	Marie-Louise Karlsson (S)
2022-01-11, § 4	Vård- och omsorgsnämnden - inställt sammanträde den 27 januari 2022	Marie-Louise Karlsson (S)

Utskottsbeslut

Datum	Typ av beslut	Delegat
2022-02-03, § 1-3	Individärenden	Enskilda utskottet

Förslag till patientsäkerhetsberättelse 2021

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av patientsäkerhetsberättelsen år 2021.

Sammanfattning av ärendet

Patientsäkerhetslagen (2010:659) gäller från och med januari 2011.

Enligt lagen ska vårdgivaren planera och leda samt kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls.

Vårdgivaren har dokumentationsskyldighet gällande hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten.

Dokumentationen ska upprättas i form av en patientsäkerhetsberättelse senast 1 mars varje år. Där ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Ärendets handlingar

- Patientsäkerhetsberättelse år 2021

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Eva Gyllhamn
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beslutet skickas till: Intranätet, akten

Patientsäkerhetsberättelse 2021

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Exempel på viktiga åtgärder, resultat och framåtblick	2
Grundläggande förutsättningar för säker vård	3
Engagerad ledning och tydlig styrning	3
Övergripande mål och strategier	3
En god säkerhetskultur	9
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	12
Agera för säker vård.....	13
Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	13
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu	18
Stärka analys, lärande och utveckling	19
Öka riskmedvetenhet och beredskap	23
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	24
Målet för stärkt patientsäkerhet	24
Bilaga: Egenkontroll.....	25

Sammanfattning

Patientsäkerhetsberättelsen är utformad i linje med vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet och redovisar strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. År 2021 blev inte som planerat då arbetet till stor del har präglats av pandemins framfart. En hel del planerade åtgärder har fått bortprioriteras och vika undan för mer snabbt uppkomna situationer, nya styrdokument, kontroller och arbetssätt. Verksamheterna har fått anpassas efter nya behov, förutsättningar och förändringarna har växlat snabbt och ibland har förutsättningarna ändrats på en och samma dag. Kunskapen och erfarenheten som erhållits är oerhört viktiga för att förvaltningen ska ha en annan beredskap inför framtiden både vid extraordinära situationer och i den nya vardagen och arbetet.

Exempel på viktiga åtgärder, resultat och framåtblick

Läkemedelshantering är ett viktigt område där höga patientsäkerhetskrav ställs och som har prioriterats, dock har vi inte nått uppsatta mål. Loggningsbara läkemedelsskåp och akut- och buffertförråd har några enheter fått vilka fungerar väl, merparten av enheterna saknar dock fortfarande säker och spårbar hantering.

Införandet av digital signering pågår fortfarande, då det har varit svårt med införandet på vissa enheter och arbetet har dragit ut på tiden. Målet är att införandet ska vara klart våren 2022 på alla enheter i alla delar. Inför kommande år bör vi även se över möjligheten att i projektform prova läkemedelsrobot i ordinärt boende. Säkerställandet av läkemedelshanteringen fortsätter även kommande år.

Delegeringsprocessen har följts upp på olika sätt. För att säkerställa att reellt kompetent personal går vidare i delegeringsprocessen ställs krav på godkänd språktest i Svenska A. Det är en förutsättning för arbetsuppgiften, att delegerad personal kan läsa och förstå ordination samt dokumentera i patientjournal. Nytt och reviderat utbildningsmaterial är under framtagning utifrån allvarligare avvikelser under året, syftet är att förtydliga vissa praktiska moment i läkemedelshanteringen.

Följsamheten till basala hygien och klädregler har de senaste åren följts enligt den nationella mätningen. Följsamheten har ökat över åren och det kvalitetsarbete som genomförts under senaste åren har påvisat effekt och gör skillnad. Fortfarande finns förbättringsområden att arbeta med t ex att använda handsprit direkt innan omvårdnadsarbete, noll tolerans mot smycket etc. Att lägga till egenkontroller av följsamheten kommer att stärka det fortsatta kvalitetsarbetet i BHK¹.

Avvikelsehanteringen sker systematiskt på de flesta enheter där man hanterar och bedömer avvikelser i samverkan mellan chefer och legitimerad personal. Kvalitetsråd är inrättade och har fått större betydelse i förbättringsarbetet på många enheter. Att framöver arbeta utifrån nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet² och stärkt patientsäkerhet i kommunen kommer bidra till att identifiera risker i verksamheterna samt att identifiera vårdskador, vilket är ett förbättringsarbete framöver.

¹ BHK – Basala hygien och Klädregler

² www.socialstyrelsen.se

Grundläggande förutsättningar för säker vård

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) ska systematiskt samarbeta i patientsäkerhetsfrågor mot god och säker vård.

Övergripande mål och strategier

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.

Till medarbetarnas hjälp finns olika verktyg såsom avvikelsesystem, synpunktshantering, riskanalyser, internkontroller mm. Riktlinjer och rutiner finns tillgängliga för medarbetarna på Communis, kommunens intranät. Enhetens medarbetare medverkar utifrån behov vid upprättande och uppföljning av genomförandeplan, dokumentation av hälso- och sjukvård genomförs i patientjournal. Utgångspunkten för arbetet är Socialstyrelsens kvalitetsområden för en god vård och omsorg på lika villkor. Det innebär att den hälso- och sjukvård som erbjuds ska vara kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig, jämlik, och effektiv.

I kommunplanen för Katrineholms kommun anges att förvaltningen ska arbeta utifrån det övergripande målområdet en Trygg vård och omsorg där arbetet med att stärka patientsäkerheten är ett av resultatmålen för arbetet. Då ovanstående mål är övergripande och inte mätbara, så mäts detta i form av indikatorer.

För 2021 har målområdet följts upp genom följande indikatorer:

- äldre på vårdboenden med bedömd risk för fall som har en planerad förebyggande åtgärd (andel %)
- personal inom vård och omsorg som följer basala hygienrutiner och klädregler (andel %)
- rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvård som har minst en åtgärd (andel %)
- brukare som svarar att det är mycket eller ganska lätt att träffa en sjuksköterska på sitt särskilda boende för äldre.

I samband med att patientsäkerhetsberättelsen redovisas förslag från verksamheten på indikatorer för nästkommande år. Patientsäkerhetsberättelsen med indikatorer beslutas av vårdgivaren.

Kommunen ansvarar för en stor och viktig del av hälso- och sjukvården och ökar i betydelse och omfattning inom omställningen till nära vård och en demografisk utveckling med ökande andel äldre och kroniskt sjuka i befolkningen är alla faktorer som förändrar

behoven i den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för. För att möta förändringarna och stödja omställningen behöver kommunens patientsäkerhetsarbete utvecklas och stärkas i enlighet med den nya handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

Resultatmål/uppdrag

Indikator

Äldre på vårdboenden med bedömd risk för fall som har en planerad åtgärd, (andel %).

Resultat

Demensboende: inga riskbedömningar för fall är genomförda under året.

Vård och omsorgsboende: 319 unika personer har fått riskbedömning för fall och 138 av dessa personer har fallit totalt 380 gånger under perioden. Åtgärder är planerade för de 319 unika personerna. Vanligast planerade åtgärd är larm 326 stycken, förskrivning av hjälpmedel 286 stycken samt stadiga skor/antihalksockor 224 stycken. I jämförelse med förra året har andelen riskbedömningar för fall minskat.

Kortvårdsboende: Inga riskbedömningar för fall är genomförda under året.

Indikatorns formulering gör att siffrorna inte helt stämmer överens i resultatet. Under 2022 kommer därför indikatorn att ändras³. Varje unika/enskilda person kan ha flera riskbedömningar och planerade åtgärder.

Indikator

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

Resultat

Andel med korrekt i samtliga åtta korrekta steg utgörs av 78 %. Andelen är en ökning med 4 % andelar sedan förra årets mätning. Antalet deltagande enheter/avdelningar i den nationella mätningen var 51.

Indikator

Rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvård som har minst en åtgärd, andel %.

Resultat

Totala andelen avvikelser som har minst en åtgärd utgörs av 94 %, resultatet är en ökning från förra årets 86 %

³ Se mål och indikatorer inför år 2022

Indikator

Äldre som svarar att det är mycket eller ganska lätt att vid behov träffa en sjuksköterska på sitt särskilda boende, andel %.

Resultat

Kan ej redovisas för året då undersökningen inte är genomförd nationellt.

Organisation och ansvar

God och säker vård kräver en engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt att patienten delges möjlighet till medskapare i sin vård och omsorg. God och säker vård ska ingå som en integrerad del i alla verksamheter och på alla vårdnivåer. Chefer, medarbetare och medicinskt ansvarig sjuksköterska ska systematiskt samarbeta i patientsäkerhetsfrågor mot god och säker vård.

Nämndens ansvar

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, boendestöd, daglig verksamhet och dagverksamhet. Till vård- och omsorgsnämndens ansvar hör även betalningsansvar enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. I nämndens ansvar ingår även verksamhet enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962) för fritt val av utförare inom äldreomsorgens hemtjänst. Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vård- och omsorgsnämnden har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård.

Verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen/förvaltningschef

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner. I ansvaret ingår att tillse att resursers användning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Medicinskt ansvarig sjuksköterska/ medicinskt ansvar för rehabilitering⁴ (MAS)⁵

MAS ansvarar för kvalitet och säkerhet för den hälso- och sjukvård som utförs. MAS ska enligt 24 § i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ansvara för att utarbeta styrande dokument samt utföra kontroll att dessa följs och är kända inom verksamheten.

MAS ansvarar för att förvaltningen har processer som säkrar patientsäkerheten och att det finns styrdokument för anmälningar av vårdskador/risk för vårdskador, hantering av avvikelser, läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna.

I uppdraget ingår även att vara anmälningsansvarig enligt 3 kap. 5–7 § patientsäkerhetslagen och kompletterande SOSFS 2015:12. MAS ska vidare följa upp avvikelser inom verksamheten samt redovisa avvikelserna.

MAS ansvarar för att förvaltningen har processer som säkrar patientsäkerheten och att det finns styrande dokument för anmälningar av vårdskador/risk för vårdskador, hantering av avvikelser, läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna. MAS utreder och följer upp 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 kvalitetsuppföljningar och ansvarar för uppföljningen av hälso- och sjukvårdssatser.

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 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

⁴ Delegeringsordning för VON, 2018-07-01

⁵ Medicinskt ansvarig sjuksköterska/medicinskt ansvar för rehabilitering förkortas MAS. I uppdraget/professionen ingår båda ansvaren

arbetsuppgiften utförs. Hälso- och sjukvårdspersonal ska tillsammans med enhetschefer samverka för organisationen och patienternas bästa.

Medarbetare

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. Medarbetare som arbetar enligt SoL⁶ ansvarar för att utföra och verkställa beslutade insatser och att upprätta en genomförandeplan utifrån beslutade insatser tillsammans med den enskilde. Medarbetarna ska samarbeta med team och andra arbetsgrupper utifrån brukare/patientens behov. Medarbetarna ska också följa riktlinjer/rutiner/beslut.

Samverkan för att förebygga vårdskador

Samverkan har skett utifrån pandemin på olika sätt t ex kan nämnas Länsstyrelsen, Region Sörmland, övriga kommuner samt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

Kommunerna i Sörmland och regionen har genom närvårdssamverkan arbetat fram både struktur för samverkan liksom antalet stödjande och styrdokument med samma syfte. Uppföljning av efterlevnad till riktlinjer och styrdokument sker kontinuerligt inom ramen för närvårdssamverkan. Exempelvis Nämnden kring socialtjänst och vård, NSV⁷

Länsgemensam ledning i samverkan

En länsövergripande samverkan kring hälso- och sjukvårdsfrågor på strategisk nivå sker regelbundet mellan länets kommuner och region Sörmland. I detta forum medverkar länets social- och omsorgschefer och berörda verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård.

MAS/MAR nätverk⁸

Länets nio kommuners MAS/MAR deltar i ett gemensamt nätverk och ingår som en del av samverkanstrukturen för närvård, utifrån ansvaret att patienterna inom en kommuns ansvarsområde får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. Länsgemensamma riktlinjer och dokument framarbetas för en patientsäker, jämlik vård och omsorg i länet. Under 2021 har möten skett veckovis för att säkerställa det läns-gemensamma arbetet avseende Covid -19 för gemensam kunskapsutveckling för den nya sjukdomen, framtagande av regionala riktlinjer och rutiner och planering. Internt har verksamhetsmöten skett varje vecka i syfte att informera, ha dialog med verksamheterna utifrån framförallt pandemiperspektivet men även utifrån verksamhetsfrågor.

Intern samverkan

Inom förvaltningen sker samverkan på olika nivåer och forum. Utifrån brukar-/patientperspektivet sker samverkan framförallt via team träffar där enhetschef, legitimerad hälso-

⁶ SoL - Socialtjänstlagen

⁷ Närvårdssamverkan organiseras genom att vårdcentraler, sjukhus och kommunernas vård och omsorg, skola och socialtjänst har mötesplatser på olika nivåer. Även privata aktörer med avtal med region och kommuner erbjuds möjlighet till samverkan.

⁸ MAS/MAR-nätverk, nio kommuners medicinskt ansvariga sjuksköterskor inkluderat en MAR

och sjukvårdspersonal och omvårdnadspersonal deltar. Denna samverkan ska ske inom alla enheter där hälso- och sjukvårdsansvar finns. Efter behov deltar andra funktioner och professioner in t ex demenssjuksköterska, biståndshandläggare etc.

Verksamhetsmöten har genomförts varje vecka i syfte att informera, ha dialog med verksamheterna utifrån framförallt pandemiperspektivet men även utifrån verksamhetsfrågor. Chefer och legitimerad personal har deltagit.

Externa avvikelser hanteras enligt framtagen instruktion och blankett mellan huvudmännen. Avvikelseerna skickas mellan huvudmännen och registreras i ett administrativt system. Svar på avvikelser sprids via ansvarig chef. I vissa fall sker samverkansmöten utifrån avvikelsens allvarlighet/upprepning. Externa avvikelser sker framför allt mellan länets sjukhus, vårdcentraler, ambulansverksamheten samt tandvården. Förvaltningen har avtal och samverkansdokument för att undvika vårdskador t ex kan nämnas *Avtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården*⁹.

Kvalitetsråd

Interna avvikelser hanteras framförallt 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.

Informationssäkerhet

Vården, omsorgen och behandlingen ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde individen och om hen så önskar så ska även närstående delta. Information om att det finns möjlighet att lämna synpunkter på verksamheten ska delges alla brukare/patienter och närstående. Information ska framförallt ske vid inflyttning på särskilt boende, vårdplaneringar, in- och utskrivningsprocesser i hemsjukvården, samordnad individuell planering och vid kontinuerliga möten i det dagliga vårdarbetet. Vid avvikelsehantering gällande patienter ska patient eller/och närstående alltid informeras om avvikelsen. Förebyggande- och hälsofrämjande arbete inom vårdgivarens ansvarsområde sker på många olika sätt i verksamheterna samt bl. a genom anhörigstödet. Både brukare/patient och närstående kan genom stödet få en förbättrad livssituation samtidigt som risken för egen ohälsa hos närstående kan förebyggas. Anhörigstödet erbjuder stöd i form av service för vuxna, närstående och stödet är individuellt anpassat.

En god informationssäkerhet är en förutsättning för effektiv och korrekt informationshantering internt och externt. Den 25 maj 2018 trädde Dataskyddsförordningen i kraft och ersatte Personuppgiftslagen. Vård- och omsorgsnämnden är personuppgiftsansvarig vilket omfattar ansvaret att säkra integritetsrisker som finns med behandlingen av personuppgifter. I ansvaret ligger att genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkra och visa att behandlingen utförs i enlighet med Dataskyddsförordningen och att samtliga inom verksamheten är informerade om detta. T ex handlar det om registerförteckning, konsekvensbedömning, handlingsplan och dataskyddsombud. Verksamheten har därefter genomfört och säkrat upp med lämpliga metoder för dataskydd samt personuppgiftsbehandling och informerat samtliga inom verksamheten, exempelvis tillämpas tjänstekort

⁹ <https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/narvard/lakarmedverkan-i-kommunal-halso--och-sjukvard/>

med lösenord för tillgång till olika system, begränsning av behörigheter, loggning och kontroll av system samt utsett data-skyddsombud.

En god säkerhetskultur

En patientsäkerhetsrond har genomförts under hösten som ett pilotprojekt på ett särskilt boende för äldre i samverkan med patientsäkerhetsenheten och vårdcentralen Linden inom Region Sörmland. Arbetet är ett led i den kritik som IVO¹⁰ framfört utifrån deras tillsyn av äldreomsorgen efter Covid-19 pandemins start. Ronden genomfördes i dialog med involverad personal från båda vårdgivarna. Ronden omfattade områdena; läkemedelshantering, läkemedelsgenomgångar, struktur, samarbete och resurser patientronder, journalföring och informationsöverföring, personcentrerat förhållningssätt där patient och närstående medverkar, rutiner och utbildning, vårdkvalitet och uppföljningar samt vård i livets slutskede. Förbättringsområden identifierades enligt konsensusbeslut bland deltagarna och en handlingsplan med åtta åtgärder¹¹ upprättades. Ansvarig för respektive åtgärd anges i handlingsplanen med uppföljning våren 2022.

Digital signering

Digital signering av given ordinerad hälso- och sjukvårdsåtgärd som t ex läkemedel är påbörjad i projektform, arbetet har dragit ut på tiden då projektet krävt mer förberedelser och kunskap än förväntat. En rutin för arbetet har processats fram under projektets gång. Arbetet fortsätter och ska vara klart 2022 för alla enheter och rutinen ska implementeras. Syftet med digital signering är att patienten ska erhålla ordinerade läkemedel och som ett förbättringsområde till antalet läkemedelsavvikelser. Praktiskt innebär det att om hälso- och sjukvårdspersonal glömmar att administrera läkemedlet på ordinerad/angiven tid, sänds en påminnelse till berörd och ansvarig personal.

Vård i livets slutskede

Registreringsgraden i det Palliativa registret¹² var 56 % i Sörmland 2021. En länsgemensam rutin är publicerades under sensommaren och utbildningsinsatser har skett till legitimerad personal på olika sätt under hösten. Den länsgemensamma rutinen genererar uppdatering av förvaltningens riktlinje, vilken är under omarbetning. Utbildningsinsatser för all personal behövs för att implementera i syfte att förbättra vården i livets slutskede samt förbättra resultaten för de mätbara kvalitetsindikatorerna för palliativ vård.

Hemsjukvård

I Katrineholm finns framtaget en rutin för in- och utskrivningsprocessen i hemsjukvården i samverkan med de vårdcentraler som kommunen samverkar med. En utbildning är planerad till nästa år där legitimerad personal inom närvården är inbjudna i syfte att patientsäkra in- och utskrivningsprocessen utifrån rutinen. Samverkansarbetet fortsätter år 2022 då

¹⁰ IVO – Inspektionen för vård och omsorg

¹¹ Handlingsplan erhålls efter kontakt med MAS

¹² Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister. Syftet är att förbättra vården i livets slut för patienten och deras närstående. Inkluderar alla dödsfall. sjuksköterskor besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Resultaten används för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras.

arbetsprocesserna behöver utvecklas praktiskt. Även ett arbete inom NSV¹³ är initierat i syfte att få fram ett gemensamt läns- och länsregiongemensamt synsätt på hemsjukvård.

Samverkansprojekt

Ett samverkansprojekt "Elsas hälsa" har fortsatt under året inom västra länsdelen i Sörmland. Syftet är att stärka vårdkedjan utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Arbetet har bl. a. resulterat i ökad förståelse för vårdgivarnas utmaningar och hälso- och sjukvårdspersonalens arbete, bl. a. har arbetet resulterat i bakre läkarstöd och en början till att prova olika digitala lösningar för samverkan kring patienten. Samverkansprojektet fortsätter även kommande år.

Nära vård

Nära vård kring svårt sjuka i hemmet har startat upp inom förvaltningen i samverkan med länets kommuner, Region Sörmland och FoU¹⁴. Inom förvaltningen har en styrgrupp för det lokala arbetet bildats, en processledare är tillsatt för samordning av lokalt och länsregiongemensamt arbete. Arbetet är i sin uppstart och fortsätter under året med olika aktiviteter som involverar verksamheterna på olika sätt.

Under 2021 har ett arbete påbörjats inom ramen för MAS/MAR-nätverket¹⁵ för att utreda om patientens säkerhet kan förbättras när SSIH¹⁶ är ansvariga för patienten men den nära omvårdnaden utförs av hemtjänst. Även vårdens övergångar med överenskommelser mellan olika vårdenheter såsom psykiatriska specialistklinik, primärvård och kommun behöver också ses över utifrån samverkan kring den enskilde.

Granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring

Vårdgivaren ska utföra slumpmässiga kontinuerlig loggkontroll i patientjournal för att kunna kontrollera om någon som inte är behörig har kommit åt patientuppgifter, syftet är även att avhålla personal från att läsa patientuppgifter då vårdrelation inte finns. Loggning av NPÖ¹⁷ ska ske systematiskt varje månad enligt rutin. I utredningsarbete av allvarlig avvikelse har en avvikelse upptäckts kring patientuppgifter där obehörig tagit del av/kommit åt patientuppgifter. Händelsen är anmäld till polis och IVO¹⁸. Loggkontrollerna har släpat efter under året då pandemin har varit högst prioriterat i patientsäkerhetsarbetet. Arbetet kommer dock att utföras men med fördröjning in på år 2022.

Synpunkter och klagomål

Synpunkter/klagomål inkommer till förvaltningen på olika sätt t ex via brev, muntlig kontakt och/eller via e-tjänst. En del personer väljer att vända sig direkt till patientnämnden eller IVO¹⁹. Information om att lämna synpunkter och klagomål ska delges alla som bor och

¹³ NSV – Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård

¹⁴ FoU – Forskning och Utveckling

¹⁵ MAS/MAR - nätverket – medicinskt ansvariga sjuksköterskor/medicinskt ansvariga för rehabilitering i Sörmland

¹⁶ SSIH – Specialiserad sjukvård i hemmet

¹⁷ NPÖ – nationell patientöversikt

¹⁸ IVO – inspektionen för vård och omsorg

¹⁹ Patientnämnden i Sörmland och Inspektionen för vård och omsorg

vistas inom förvaltningens enheter samt till närstående. All personal har skyldighet att ta emot och registrera synpunkter och klagomål, vilka registreras avvikelsemodulen i verksamhetssystemet för vidare handläggning. Det finns en riskmatris för hjälp och stöd att bedöma allvarlighetsgrad på synpunkten eller klagomålet. Graden avgör vem som ska hantera ärendet och fortsatta analyser, utarbeta åtgärder och metoder för uppföljning. De flesta ärenden hanteras inom respektive enhet av berörda chefer och medarbetare, en del ärenden kräver utvidgade utredningar och hanteras av medicinskt ansvarig sjuksköterska tillsammans med utredare och verksamheten. Alla som inkommit med en synpunkt/klagomål ska alltid erhålla återkoppling.

Avvikelsehantering

Specifika styrdokument finns inom förvaltningen för hantering av avvikelser utifrån gällande lagstiftning. I syfte att säkerhetskulturen ska genomsyra alla delar av vården och främja öppenhet och kommunikation i dagligt arbetet kring identifierade risker och avvikelser har arbete med kvalitetsråd påbörjats inom flera verksamheter. Tanken är att alla enheter ska ha kvalitetsråd och arbeta systematiskt på lika sätt utifrån lärande och reflektions perspektivet. Varje termin sammanställer utredare och medicinskt ansvarig sjuksköterska allvarligare avvikelser och det förbättringsarbete som genomförts. Syfte är att få spridning av vidtagna och uppföljda åtgärder som påverkar alla verksamheter i syfte att händelsen inte ska ske igen. Spridningen inom alla verksamheter sker på summeringsmöten²⁰.

Risk- och konsekvensanalyser genomförs inför förändring av verksamheter och under året har många riskanalyser genomförts, framförallt inom ramen för pandemin. Individuella riskbedömningar genomförs för varje patient efter behov, vilka dokumenteras och ska följas upp kontinuerligt i patientjournal.

Adekvat kunskap och kompetens

Yrkeskompetens

All personal får introduktion i patientsäkerhetsarbetet gällande bl. a avvikelsehantering/synpunkter och klagomål, lagstiftningar, basal hygien och personlig skyddsutrustning, ergonomi, dokumentation, läkemedelshantering. Fysiska och digitala utbildningar är framtagna och tillämpas i introduktionsarbetet. Patientsäkerhetsarbetet diskuteras på APT²¹ kopplat till revidering av rutiner, egenkontroller samt årliga genomgångar av riktlinjer och rutiner. I viss mån följs patientsäkerhetsarbetet upp via medarbetarsamtal.

Bemanning och schemaläggning

Schemaläggning och bemanning planeras efter den enskildes behov av vård och omsorg samt hälso- och sjukvård, 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 samt följa upp

²⁰ Summeringsmöten – sker terminsvis där enheternas kvalitetsråd och chefer deltar

²¹ APT - arbetsplatsträff

delegeringar. Bemanning och schemaläggning sker även utifrån identifierad vårdtyngd specifikt inom äldreomsorgen.

Systemförståelse, förbättrings- och implementeringsarbete

Olika förändringar samt förbättringar följs upp med ett visst intervall som är överenskommet. Genomförandet görs med berörda professioner samt fackliga organisationer.

Patienten som medskapare

Patienters delaktighet är viktigt inom alla hälso- och sjukvårdsinsatser och ska utgå från patientens behov och utformas i samverkan. Om och när patienten önskar är närstående delaktiga i vården vilken så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. 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. Dialoger om värderingarna hålls levande på arbetsplatsträffar och i det dagliga arbetet. Under året har interna utbildningsinsatser skett för all personal. Patienter, närstående och brukare erbjuds att medverka i patientsäkerhetsarbetet på olika sätt genom t ex inflyttning på särskilt boende där vårdplaner skapas utifrån den enskildes behov och önskningar, in- och utskrivning i hemsjukvård, samordnad individuell plan, avvikelshantering etc.

Agera för säker vård

Öka kunskap om inträffade vårdskador

Att inventera, belysa behov, förutsättningar och fortsatta prioriteringar för att öka patientsäkerheten är en del som tydligt framkommit i analyserna av avvikelsearbetet inom verksamheterna. Det finns behov av att vidareutveckla och utbilda i vad patientsäkerhet innebär och hur alla professioner tillsammans kan arbeta för att skapa en så trygg och säker vård och omsorg som möjligt på alla nivåer från beslut till utförande. Inför år 2022 planeras att använda "Genomförandestöd till verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete i kommunen"²² samt uppdatera utredningsmaterial av allvarliga vårdskador.

Att arbeta vårdpreventivt via arbetsverktyget Senior alert innebär att skador i vården ska undvikas och att alla ska kunna garanteras säker vård. För att uppnå detta ska det förebyggande arbetssättet vara präglad av struktur, systematik och synliggjorda resultat. Arbetet med vårdprevention fortsätter övergripande enligt gällande styrdokument men bör intensifieras för att komma alla brukare till del. För att öka patientsäkerheten har indikatorerna för året förändrats gällande för äldre på vårdboenden med bedömd risk för fall som har en planerad förebyggande åtgärd, se övergripande mål och indikator samt resultat. Avvikelse som avser antalet fall utan skador är det högst antalet inom äldreomsorgen och fall med skador utgör en gråzon idag då fallen särskiljs utifrån två olika lagstiftningar i rapporteringen. Att arbeta fallpreventivt i alla delar med äldre inom vård- och omsorg är ett högt prioriterat område nu men även framöver. Alla nyinflyttade på särskilt boende för äldre och beviljade kortvårdsplatser ska erbjudas fallprevention som resulterar i handlingsplaner och åtgärder utifrån identifierade behov. Även fallprevention i ordinärt boende är ett utvecklingsområde i samverkan med vårdcentralerna.

Basala hygienrutiner och klädregler²³

Personal inom vård och omsorg som följer basala hygienrutiner och klädregler ska förbättras. Utifrån alla åtta hygiensteg har en ökning skett i följsamheten till arbetssättet men fortfarande finns förbättringsarbete att genomföra. Arbetet fortsätter med utökning gällande egenkontroller av följsamheten förutom den nationella mätningen. Varje avdelning bör ha ett hygienombud som tillsammans med chef arbetar systematiskt med förbättringar. Utbildningsinsatser för hygienombud och chefer är planerade till våren samt att arbetsmetoden hjälp till självhjälp²⁴ implementeras för att uppnå noll tolerans mot avsteg i basala hygien och klädregler.

²² Genomförandestöd till verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete, SKR 2020.

²³ Basala hygien och klädregler - BHK

²⁴ Hjälp till självhjälp – medarbetare hjälper varandra att göra rätt

Patientjournal och granskning

Granskning av patientjournaler genomförs av Hälso- och sjukvårdsverksamheten enligt rutin, målet är två journaler per legitimerad personal och år enligt rutin. Målet för året är 140 granskningar, totalt har 111 patientjournaler granskats.

Resultat: merparten av granskade journaler saknar ansvarig namngiven legitimerad personal. Ett urval av övriga resultat redovisas i procentandel per yrkeskategori.

Resultat i % - andel, sjuksköterska/rehab. personal	Kommentar
81/38	av målen i vårdplan är inte framtagna tillsammans med patienten
75/56	Saknar närstående i första hand
58/72	Saknar samtycke om tillstånd att ämna uppgifter till närstående
48	Saknar samtycke till annan vårdgivare
45	Saknar samtycke till kvalitetsregister
42/25	Saknar dokumentation enligt SIP i journal
39	Saknar status
37/18	Saknar identifierade risker från vårdprevention (Senior alert) i vårdplan
37	Saknar beslut om övertagande av läkemedelshantering av läkare
34	Saknar SBAR ²⁵ under SKILS ²⁶

Källa: EsMaker 2021-11-01 samt 2022-01-20

Analys av resultat har diskuterats inom dokumentationsgruppen inom Hälso- och sjukvårdsverksamheten. Åtgärder som planeras är omformulering av frågorna i uppföljningsinstrumentet EsMaker där frågeställningarna ska kvalitetssäkras innan användning i syfte att få till lika tolkning av frågornas syfte dvs att frågorna besvarar det man vill veta i uppföljningsarbetet. SIP är en viktig åtgärd där patienten ska vara delaktig och där patienten "äger" sitt dokument utifrån vem som ansvarar för vården. I SIP deltar även vårdplaneringsteamet vilket även behöver involveras i dokumentationen av SIP i patientjournal. Syftet med framtida journalgranskningarna behöver diskuteras och klargöras utifrån patientsäkerhetsperspektivet, arbetet bör uppfylla det som avses och att resultatet kommer den enskilde patienten till nytta. Att använda sig av markörbaserad journalgranskning i hemsjukvård, är att förorda i syfte att identifiera och mäta skador och kvalitetsbrister i vården.

KVÅ koder²⁷

Totalt har 123 antal koder registrerats från ålder 65 och uppåt under januari till september månad 2021. Förra året var antalet koder 210 under samma tidsperiod. Från och med 2019

²⁵ Kommunikationsmodell för att säkerställa god informationsöverföring är SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation).

²⁶ Metod vid bedömning av hälsotillstånd

kompletteras registret med uppgifter om vilka patientrelaterade åtgärder som utförts av legitimerad personal med kommunen som vårdgivare. 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 ICF²⁸ och KVÅ sedan 2019 och interna utbildningsinsatser har skett kontinuerligt sedan dess. Att dokumentera enligt koderna är viktigt för att säkerställa och påvisa legitimerad personals insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, varför arbetet är ett mycket stort förbättringsområde.

Läkemedelshantering

Läkemedelshantering och säkerställandet av att läkemedlet erhålls patienten utifrån ordination är också ett viktigt patientsäkerhetsarbete då alltför många avvikelser sker både utifrån hälso- och sjukvårdsverksamheten och äldreomsorgens resultat. Digital signering är ett instrument som implementeras i verksamheterna i säkerställandet att hälso- och sjukvårdspersonal kommer ihåg att ge/administrera läkemedlet, uppföljning av åtgärden behöver planeras systematiskt framöver och parallellt med införandet som fortgår under 2022.

Delegering

Delegeringsprocessen har följts upp på olika sätt. Dels genom kontroll av områdesansvarig sjuksköterskas områdesansvar inom Hälso- och sjukvårdsområdet, dels gentemot giltiga delegeringar inom området på person/personalnivå, dels genom allvarigare avvikelser och utredningar. Förbättringsarbete har skett inom några hemtjänst/hemsjukvårdsområden där delegeringar inte varit signerade, legat giltiga på felaktiga ansvarsområden samt att delegerande sjuksköterskor delegerat utanför sitt områdesansvar. Arbetet är tidskrävande men fortsätter systematiskt. Delegeringsprocessen och dess styrdokument har uppdaterats där godkänt prov i svenska A krävs för att personal ska ha reell kompetens att påbörja delegeringsprocessen med utbildning i läkemedelshantering och kunskapsprov.

Trygg hemgång och effektiv samverkan

Säkra verksamhetsprocesserna utifrån riktlinjen "Trygg hemgång och effektiv samverkan" har inte skett utan kvarstår till nästkommande år. Viktigt är att säkerställa det medicinska ansvaret för patienten, att vårdplaner finns och att delaktighet finns i utformandet av vården via t ex SIP som även kan följas i patientjournal.

²⁷ KVÅ – klassificering av vårdåtgärder enligt Socialstyrelsens databas för kommunal hälso- och sjukvård. Registret ger underlag om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser per kommun i Sverige

²⁸ ICF – internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

Munhälsobedömningar på äldreboenden

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 karies²⁹, tandlossning och om behandlingsbehov finns för slemhinna och protes. Antalet tandvårdsintyg bör öka för att brukare ska få munhälsobedömningar så att vårdbehov kan identifieras. Idag utför vissa biståndshandläggare och sjuksköterskor tandvårdsintyg.

Antal munhälsobedömningar och medelålder hos de bedömda personerna

	Katrineholm	Sörmland
Antal munhälsobedömningar	226	2 413
Medelålder	86	85
Kan äta normalkost, andel i %	89	70
Andel helt tandlösa, andel i %	13	15
Bra munhygien, andel i %	69	61
Registrerade vårdbehov ³⁰	40	42

Bostäder och boenden för äldre

Vård- och omsorgsförvaltningen har identifierat och fastställt behov av boendeplatser inom vård- och omsorgsboende. En boendeplan för byggnation och renoveringar är framtagen för framtida behov där kraven på vårdgivaren gällande god hygienisk standard har en stor betydelse vid om- och nybyggnationerna. I arbetet konsulteras Vårdhygien Region Sörmland för att säkerställa att kraven uppfylls.

Tjänstens utförande

Pandemin har bidragit till att den digitala kommunikationen har utvecklats i snabb takt både internt och externt. Fysiska möten har i stort sett helt försvunnit och ersatts av digitala möten, framför allt via verktygen Teams, Zoom och Cisco. För att använda digitala möten på ett patientsäkert sätt mellan vårdgivarna används region Sörmlands system "Cisco". Informations och utbildningsmaterial samt filmer har skapats intern men också hämtats från nationell nivå för att sprida kunskap och kompetensutveckling både gällande hantering av covid-19 samt hur skyddsutrustning ska hanteras. Socialstyrelsen erbjuder kurser och utbildningar via sin utbildningsportal vilka också hänvisas till t ex Basala hygienrutiner i vård och omsorg, introduktion till arbete i vård och omsorg, grundläggande utbildning om munhälsa och munvård.

²⁹ Karies – tandskador/hål i tänderna

³⁰ Omedelbart behov av tandvård i någon form. Källa: Tandvårdsenheten 2022-01-20

Övriga exempel för att förbättra patientsäkerheten

Besöksrestriktioner under kontrollerade former och besöksvårdar har införts på vård- och omsorgsboenden. Förebyggande åtgärder för smittspridning i restaurang och inför höstfest på särskilt boende/servicehus har vidtagits. Utbildningsinsatser för chefer och hygienombud inom ramen för avtalet med Vårdhygien i Region Sörmland har startat under hösten och planeras fortsätta våren 2022.

Palliativ vård

Tabell över kvalitetsindikatorer, egenkontroll se även bilaga.

<i>Katrineholms kommun. Avliden år</i>	<i>Antal inrapporterade dödsfallsenkäter</i>	<i>Varav väntade dödsfall</i>
2021	139	126

<i>Genombrott smärta</i>	<i>Smärta lindrad</i>	<i>Genombrott ångest</i>	<i>Ångest lindrad</i>	<i>Genombrott illamående</i>	<i>Illamående lindrad</i>	<i>Genombrott rosslighet</i>	<i>Rosslighet lindrad</i>
12	94	93	80	26	17	72	49

Källa; Palliativa registret, 2022-01-19

Tillförlitliga och säkra system och processer

Två händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada har anmälts till IVO³¹, fallskador med fraktur, hudskador och sår/trycksår, brister i läkemedel och narkotikahantering. Riskområden som är relevanta inom verksamheten äldreomsorg är fall med eller utan vårdskada samt för alla verksamheter läkemedelshantering och insats/omvårdnad. Vårdskador upptäcks oftast i rimlig tid men utredningsarbetets uppstart kan ibland dröja. Detta på grund av att information- och samverkansarbetet inte alltid sker enligt rutin samt att avvikelser inte alltid bedöms som allvarlig/risk för vårdskada/vårdskada. Allvarliga händelser utreds genom händelseanalyser där bakomliggande orsaker till händelsen eftersöks. Handlingsplaner tas fram i samverkan med verksamheterna/enheterna samt följs upp av MAS³² sex månader efter överenskommen tidsplan. Uppföljningen av handlingsplan rapporteras till verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslag samt till vårdgivaren. På summeringsmöten³³ sprids information om allvarliga händelser i syfte att öka kunskapen och att händelsen inte ska ske igen inom förvaltningens verksamheter.

Riskområden har identifierats utifrån avsaknad av avvikelser inom respektive område/aktivitet som vårdskador och vårdrelaterade infektioner, trycksår, blåsöverfyllnad etc. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och stärkt patientsäkerhetsarbete i kommuner planeras att användas inom förvaltningen, syftet är att genomföra nulägesanalys och identifiering av insatser av patientsäkerhetsarbetet.

Identifierade områden som är relevanta inom verksamheterna är BHK³⁴, fallprevention och läkemedelshantering. BHK är ett förbättringsområde där samverkansmöten som APT³⁵ och

³¹ IVO – Inspektionen för vård och omsorg

³² MAS – medicinskt ansvarig sjuksköterska

³³ Summeringsmöten – sker terminsvis där enheternas kvalitetsråd och chefer deltar

³⁴ BHK – Basala Hygien och Klädregler

³⁵ APT – arbetsplatsträff ska ske 1 ggr/månad

kvalitetsråd kommer att ha en punkt på dagordningen framöver. Arbetskläder ska finnas i alla storlekar och kompetensutveckling av all personal ska ske. Fallpreventionsarbetet ska följa gällande rutiner och prioriteras. Läkemedelshanteringen fortsätter att säkerställas genom digital signering, loggningsbara där ansvar för läkemedelshantering skett till hälso- och sjukvården.

Extern apoteksgranskning³⁶ genererar för året en sammanställning på enhetsnivå och verksamhetsnivå vilka sammanställs i en rapport till vårdgivaren där resultat, analys av resultat med förslag på åtgärder samt uppföljning av åtgärder, planeras i syfte att förbättra läkemedelshanteringen.

Säker vård här och nu

Förvaltningen har en ny struktur för att visa och hitta verksamhetsnära styrdokument och blanketter. Tanken är att det ska vara lätt att hitta rätt styrdokument utifrån vad personal behöver i sitt arbete.

Att inventera, belysa behov, förutsättningar och fortsatta prioriteringar för att öka patientsäkerheten är en del som tydligt framkommit i analyserna av avvikelserarbetet inom verksamheterna. Det finns behov av att utbilda och belysa vad patientsäkerhet innebär och hur alla professioner tillsammans kan arbeta för att skapa en så trygg och säker vård och omsorg som möjligt på alla nivåer från beslut till utförande. Inför kommande år planeras att använda "Genomförandestöd till verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete i kommunen" samt uppdatera utredning av allvarliga vårdskador.

Riskhantering

Få anmälda avvikelser från verksamheterna hanteras utifrån risken för vårdskada. En lex Maria har anmälts utifrån identifierade brister i läkemedelshanteringen samt hantering av narkotiska läkemedel. Inom alla verksamheter där läkemedelshantering sker har risken för brister i läkemedelshanteringen identifierats då omsättning av sjuksköterskor och delegerad personal är stor. Viktiga lärdomar att arbeta med och arbeta vidare med är inskaffande av loggningsbara läkemedelsskåp i boendes lägenheter samt i akut- och buffertförråd. Syftet är att kunna spåra läkemedelshanteringen när läkemedelsskåp används i kombination med god och täta egenkontroller. Namngivna ansvariga sjuksköterskor utses gällande ansvar för beställning av läkemedel till boende och förråd eller kontroll av narkotiska preparat, samt att ansvaret följs utifrån gällande rutiner. Hanteringen av läkemedel på enhetsnivå ses över då enbart legitimerad sjuksköterska och delegerad personal har rätt att hantera läkemedel enligt gällande lagar och förordningar.

Verksamheterna har under året arbetat med olika risk- och konsekvensanalyser samt handlingsplaner utifrån pandemin. Tio riskbedömningar- och konsekvensanalyser samt fem handlingsplaner har registrerats, dessa omfattas av pandemiproblematiken och öppnade/flyttning av verksamhet.

³⁶ Extern apoteksgranskning, har skett under senhösten. Rapport med resultat har inte inkommit från utföraren

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 hanterar och sprider övergripande lärande- och utveckling i syfte att händelsen inte ska ske igen. Resultaten av allvarliga avvikelser och utredningar presenteras under tre summeringsmöten³⁷ under året. Här har medicinskt ansvarig sjuksköterska och utredare sammanställt åtgärder för spridning inom alla kvalitetsråd inom verksamheterna. Resultaten och 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.

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 och inte utifrån att risk för avvikelse/negativ händelse har identifierats. Att se och identifiera risk för vårdskada behöver utvecklas inom alla verksamheter. Vid uppföljning den 4 januari var totalt antalet avvikelser för året är 3 897 av dessa är 2 689 avslutade och 990 är ej bedömda. Felkälla i rapporteringen är framför allt läkemedelsavvikelser, som rapporteras som insatser/omvårdnad vilket medför att antalet läkemedelsavvikelser totalt säkerligen är större än antalet anmälda avvikelser.

Totalt anmälda avvikelser inom hälso- och sjukvårdens område är 1 862 vilket utgör 48 % av totala antalet avvikelser. Av dessa avvikelser är 422 ej bedömda.

Avvikelser anmäls på patientnivå eller på enhetsnivå. Fler avvikelser behöver bedömas och bearbetas enligt rutin samt omfattas av relevanta åtgärder och uppföljning av åtgärder. Flertalet avvikelser har i år hamnat under rätt lagstiftning, vilket är en förbättring. Flest avvikelser har rapporterats under sommarmånaderna.

Klagomål och synpunkter kommer till verksamheterna på olika sätt och hanteras enligt gällande styrdokument, totalt har tre ärenden inkommit under året. Alla klagomål och synpunkter ska läggas in i verksamhetssystemets avvikelsemodul som klagomål/synpunkt och hanteras enligt rutin.

Under året har tre synpunkter och klagomål inkommit via Patientnämnden. Vanligaste synpunkter och klagomålet handlar om brister i bemötande, samverkan och omvårdnad. Ett ärende kom till förvaltningen via IVO som därefter hanterades av medicinskt ansvarig sjuksköterska i samverkan med verksamheterna. Åtgärder som vidtagits under året handlar mestadels om att verksamheterna ska använda vårdgivarens styrdokument i det vardagliga arbetet med vård- och omsorg samt hälso- och sjukvård.

³⁷ Summeringsmöte – verksamheternas kvalitetsråd deltar och delges summerade erfarenheter utifrån allvarliga avvikelser och Lex Maria anmälningar

Under året har en övergripande utveckling möjliggjort att flytta avvikelser mellan enheter, då avvikelsen hamnat fel vid anmälan. Även utbildningsinsatser i hantering av avvikelser har skett samt att en rutin och referenslista över avvikelseåtgärder är framtagen

Förvaltningskontoret

Förvaltningskontorets avvikelser inkluderar Hälso- och sjukvårdsverksamhetens avvikelser, dessa är 170 vilka till största delen berör legitimerad personal. Av dessa är 89 avvikelser avslutade och 33 saknar bedömning. De flesta avvikelseaktiviteterna är i fallande storleksordning:

Aktivitet	Antal
Läkemedel	210
Insatser/omvårdnad	53
Dokumentation/information	45
Organisation/arbetsrutiner	24
Fysisk miljö, utrustning och teknik	16

Åtgärder	Antal
Arbetsplatsdiskussion	71
Enskilt samtal	69
Tom – åtgärd ännu inte satt eller kategoriserad som ingen avvikelse	67
Kontakt sjuksköterska	25
Arbetsplatsdiskussion samt enskilt samtal	24

Externa utförare, LOV-företagen

Av de bedömda avvikelserna är cirka 75 % hälso- och sjukvårdsavvikelser resterande tillhör lagstiftningen SoL. Av dessa kommer 222 avvikelser från de största LOV-företagen och alla har avslutats under året. Inga ej bedömda avvikelser finns kvar. Sex av avvikelserna som rapporterats som klagomål/synpunkter finns inom den externa hemtjänsten/hem-sjukvården.

Äldreomsorg

Avvikelser inom äldreomsorgens verksamheter gällande för hälso- och sjukvård är 1 002 vilka till största delen berör delegerad personal. 334 avvikelser saknar bedömning (187 hemtjänst/hemsjukvård och 187 särskilt boende äldre). Det är skillnad på hur många avvikelser man har och bearbetar på de olika enheterna. Några enheter både inom hemtjänsten och särskilt boende har större problem med hanteringen av avvikelser än övriga enheter. Avvikelseaktiviteterna är i fallande ordning:

Aktivitet	Antal
Fall utan skada	490
Läkemedel uteblivit	455
Insats/omvårdnad uteblivit	298
Läkemedel övrigt	193
Insats/omvårdnad felaktigt utförd	104

Åtgärder	Antal
Tom åtgärd – åtgärd ännu inte satt eller kategoriserad som ingen avvikelse	825
Arbetsplatsdiskussion	585
Övrigt	258
Kontakt sjuksköterska	243
Enskilt samtal	132

Funktionsstöd

Avvikelse inom Funktionsstöds verksamheterna gällande för hälso- och sjukvård är 436 inom Funktionsstödsverksamheten vilka till största delen berör delegerad personal. En månad där det inte finns några ej bedömda avvikelser alls, för övrigt ser avvikelsehanteringen god ut. Positivt är att åtgärderna i allt högre grad handlar om ändrade arbetssätt och rutiner samt att man tar fram riskanalyser och handlingsplaner. 18 rapporterade avvikelser handlar om synpunkter och klagomål. Avvikelseaktiviteterna är i fallande ordning:

Aktivitet	Antal
Läkemedel, övrigt	155
Läkemedel, uteblivit	121
Insats/omvårdnad utebliven	111

Åtgärder	Antal
Arbetsplatsdiskussion	403
Tom – åtgärd ännu inte satt eller kategori ingen avvikelse	261
Ändrade rutiner	71
Kontakt med sjuksköterska	45

Allvarliga avvikelser/risk för allvarliga avvikelser samt Lex Maria anmälan

Medicinskt ansvarig sjuksköterska hanterar och utreder allvarliga avvikelser/risk för allvarliga avvikelser i samverkan med verksamheterna, under perioden har elva utredningar skett. Fyra allvarliga avvikelser har medfört allvarlig vårdskada (3) och risk för vårdskada (1) vilka resulterat i lex Maria anmälan till IVO.

Beskrivning av typ av avvikelser samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt

Allvarliga avvikelser/lex Maria	Genomförda förbättringar som haft effekt
Lex Maria, fallskada	<ul style="list-style-type: none"> • Lista på bas sortiment av MTP på enhetsnivå • Avvikelseanmälan om fall och fall med skada • Kontakt med sjuksköterska vid förändrat hälsotillstånd • Årshjul för ta del av och signering av medarbetare för ta del av gällande styrdokument • Dokumentera i journal utifrån checklista gällande medgivande för begränsningsåtgärder. Sjuksköterska ansvarar

Allvarliga avvikelser/ lex Maria	Genomförda förbättringar som haft effekt
Allvarliga händelser, hemsjukvård/hemtjänst	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinationshandlingar och patientjournaler ska vara inlåsta hemma hos patient så obehöriga inte har tillgång • Hälso- och sjukvårdsgrupp som träffas varje morgon där områdesansvarig sjuksköterska deltar • All personal som utför delegerade arbetsuppgifter har delegering av områdesansvarig legitimerad personal • Områdesansvarig sjuksköterska delegerar personal för sitt ansvarsområde • Utbildning av delegerad personal i hantering av läkemedelsplåster och journalföring av narkotiska läkemedel • Nycklar till läkemedelsskåp ska förvaras otillgängligt för obehöriga dvs icke delegerad/legitimerad personal
Allvarlig händelse, särskilt boende äldre samt Hälso- och sjukvårdsverksamheten	<ul style="list-style-type: none"> • Övergripande värdegrundsarbete inom enhetens sjuksköterskor samverkan utifrån personcentrerad vård och tillåtande och stödjande kollegialt förhållningssätt • Ta fram rutin inom Hälso- och sjukvårdsverksamheten för muntlig rapportering mellan sjuksköterskor 24h/dygn • Tillgängliga tjänstebilar för sjuksköterska som kopplar med annan sjuksköterska vid frånvaro. Transport mellan enheter är ett måste för att säkra patientvården • Dokumentation enligt SBAR³⁸

Avvikelser från kommun till regionen

Totalt 68 avvikelser som berör utskrivningsprocessen och vårdkedjan mellan vårdgivarna. Det är svårt att få följsamhet i samverkan mellan vårdgivarna utifrån den läns-gemensamma riktlinjen "Trygg hemgång och effektiv samverkan". Konsekvensen för den enskilde patienten är att processen inte blir säker samt att patienten inte är delaktig utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Samverkan sker inom NSV³⁹ organisation i syfte att få till ett övergripande förbättringsarbete men även på klinisknivå inom regionen.

Avvikelser från regionen till kommunen

Totalt 15 avvikelser som berör informationsöverföring och samverkan samt utebliven munvårdsbehandling. Avvikelsena hanteras oftast av enheterna, ibland i samverkan med MAS samt att alla avvikelser svar hanteras via MAS.

³⁸ SBAR – arbetssätt för dokumentation i journal mellan professioner

³⁹ NSV organisation – Närvårdsamverkan

Apotekstjänst AB

Totalt 3 avvikelser går att finna i dokumenthanteringssystemet Lex. Avvikelseområdet är felaktig leverans av läkemedel. Summering av inrapporterade avvikelser till Apotekstjänst enligt Läkemedelskommitténs statistik är antalet avvikelser större, totalt 36 stycken avvikelser vilka berör följande kategorier; Dos – avvikelser orsakade av Apotekstjänst avseende dosdispenserade läkemedel, 15 ej relaterat till Apotekstjänst eller deras underleverantörer samt 6 gällande för originalförpackningar - avvikelser orsakade av Apotekstjänst avseende helförpackningar av läkemedel.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Beredskapsplaner finns inom förvaltningen utifrån olika perspektiv och möjliga förändringar. En pandemiplan för Vård- och omsorgsförvaltningen är framtagen i slutet av år 2020 och har införts i verksamheterna. Larmlista för krisledning, Förvaltningskontor och Vård- och omsorgsnämnden är också framtagna/uppdaterade under året 2020.

Verksamheterna behöver arbeta mer med resiliens⁴⁰ 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. Områden som är identifierade som riskfyllda utifrån olika perspektiv är läkemedelshantering, fall med skada och dokumentation i patientjournal.

⁴⁰ 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

Utifrån en övergripande analys av årets resultat har kommande utmaningar identifierats som mål och indikatorer. Mål, indikatorer, åtgärder och aktiviteter ingår som egenkontroll vilka behövs inom respektive fokusområden för att nå en säkrare vård.

Målet för stärkt patientsäkerhet

Utveckla en god och säker vård och omsorg

- Utveckla och genomföra patientsäkerhetsrund på särskilt boende för äldre.
- Utveckla arbetet och sammanställa skador och vårdskador i hemsjukvården utifrån MJG⁴¹.

Säkra dokumentation i patientjournal

- Alla patienter inskrivna i hemsjukvården och beslut om kortvårdsplats ska ha en dokumenterad SIP i patientjournal.
- Alla ska ha aktuella vårdplaner (<1 år) där det framgår att patient/närstående är delaktig i utformningen av vården och omsorgen.
- Dokumentation i patientjournal sker enligt KVÅ⁴².

Säkra läkemedelshanteringen inom verksamheterna

- Digital signering av läkemedel ska införas på alla enheter samt se över ökad digitalisering inom hälso- och sjukvårdens område.

Säkra verksamhetsprocesserna utifrån riktlinjen "Trygg hemgång och effektiv samverkan"

- Skapa säkra rutiner för att säkerställa god och säker vård i det interna arbetet kopplat till riktlinjen. Arbetet fortsätter även år 2022.

Säkra vårdpreventivt arbete inom verksamheterna

- Äldre på vårdboenden (demensboende, vård och omsorgsboende, kortvårdsboende) ska erhålla riskbedömning enligt gällande rutin för registrering i Senior alert.

Följsamheten till BHK ska öka

- Genomföra egenkontrollmätning två gånger per år (egenkontrollmätning), avdelningsvis.

⁴¹ MJG – Markörjournal granskning enligt Sveriges kommuner och regioners modell

⁴² KVÅ – Klassifikation av vårdåtgärder, används för statistisk beskrivning av åtgärder av hälso- och sjukvård, socialstyrelsen

KATRINEHOLMS KOMMUN

Vård- och omsorgsförvaltningen

641 80 KATRINEHOLM

Besöksadress: Upplandsgatan 2

Telefax:

www.katrineholm.se

Org.nummer 212000-0340

Bilaga till patientsäkerhetsberättelse 2021

Egenkontroll

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Nationella kvalitetsregister	År/delår	319 unika personer har fått riskbedömningar;	I förhållande till antalet beslut om säbo	Verksamheterna följer gällande rutiner och gör rutinerna kända bland involverad personal. Utse personer med ansvar för vårdprevention per enhet. Arbeta strukturerat, systematiskt och synliggör resultat på avdelningsenhets- och verksamhetsnivå.	Tätare uppföljning på enhetsnivå i Senior alert gällande riskbedömningar i förhållande till antal unika personer i förhållande till boende/inflyttning/preventionsmätning.	Struktur, systematik och synliggörs	Senior alert Stratsys
• Vårdprevention		92% med riskbedömning med risk, 87% har åtgärdsplan vid risk 71% utförda åtgärder vid risk. År 2020 var andelen 95%	Boende 130 stycken och antal säbo platser 401 är antalet riskbedömningar lågt per unik person då rutinen även beskriver att riskbedömningarna ska göras 2 ggr/år.			I förhållande till antalet säbo där äldre bor inkluderat verkställda säbo beslut med inflyttning bör alla erhålla riskbedömning och vårdpreventiva insatser utifrån identifierat behov.	

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
• Trycksår	Noll tolerans mot trycksår	PPM-mätning trycksår ⁴³ . 34% riskbedömningar med risk. 190 av 556 har risk för trycksår. Utfall; 23 trycksår på egen enhet varav 12 kategori 1 och 7 kategori 4 t ex.	Bra att upptäcka kategori 1 tidigt för att sätta in åtgärder. Vanligast lokalisation är rygglut/sacrum	Tätare uppföljning Utbildning av omvårdnadspersonal och samverkan mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal gällande planerade åtgärder och uppföljning av åtgärder	Använd gällande styrdokument och ta fram rutin och arbetsätt. Utbildningsinsatser för omvårdnadspersonal och legitimerad personal	Utifrån riskbedömningar och behov bör alla patienter erhålla en vårdplan för förebyggande av trycksår	
• Undernäring	Risk för undernäring ska identifieras och förebyggas.	54%, 302 identifierade risker av 556 riskbedömningar. Utfall; 112 personer hade ett BMI <22. 117 personer hade ofrivilligt viktninskning.	Bakomliggande orsaker är sjukdom 168, mer än 11h nattfasta 124, avvikande ätbeteende 103		Alla på vårdboende som har bedömd risk för undernäring ska ha en planerad åtgärd/vårdplan. Tätare uppföljning och avvikelshantering.	Utifrån riskbedömningar och behov bör alla patienter erhålla en vårdplan för förebyggande av undernäring utifrån målet. Kontakt med dietiskt enligt rutin efter bedömning.	
• Fall	Fall och fallskador ska förebyggas	79%, 439 risker är identifierade av 556 riskbedömningar. Utfall; 142 personer har sammanlagt fallit 385 gånger. Vanligaste tiden för fall är klockan 12-18. Bakomliggande orsaker till fall är nedsatt balans och rörelsemönster 244, sjukdom och läkemedel som ger ökad fallrisk 243	Alla boende och inflyttade ska erhålla riskbedömning två ggr/år enligt rutin. Alltför få erhåller fallriskbedömning i relation till fallavvikelser och fall med skada som är en gråzon	Omprioritera rehabiliteringspersonalens arbete utifrån uppdrag där riskbedömningar för fall är högt prioriterat inom säbo äldre. Handlingsplan för Fallprevention i Sörmland 2020-2023 ska användas.		Riskbedömning för fall vid inflyttning på säbo äldre och kortvårdsenhet samt frekvent enligt gällande styrdokument i t ex teamsamverkan med riskbedömningar utifrån Senior alert. Alla som flyttar in på säbo äldre och kortvårdsenhet ska erhålla riskbedömning för fall enligt gällande rutin.	

⁴³ PPM-mätning trycksår har skett den 18 november

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
<ul style="list-style-type: none"> Munhälsa 	Alla som har behov ska erhålla munvårdsbedömning enligt gällande rutin	0%, 193 av 483 har identifierad risk för munhälsa/ohälsa i mun. Övriga riskbedömningar 556 stycken i relation till 483 påvisar att man i arbetet "hoppas" över bedömningar gällande munhälsa.	Alla boende och inflyttade ska erhålla riskbedömning två ggr/år enligt rutin.	Genomför fler utbildningar i munhälsa utifrån erbjudanden från Tandvårdsenheten. Alla enheter bör genomföra utbildningen/år	Munhälsa inkluderas i vårdpreventionsarbetet	Alla enheter genomför munvårdsutbildning till personalen. Omfattning 1h och ges digitalt. Alla ssk och biståndshandläggare har behörighet att skriva intyg för munhälsoundersökningar av tandvården.	
<ul style="list-style-type: none"> Blåsdysfunktion 	Diagnos, behandling, omvårdnad och rätt förskrivning av inkontinensmaterial	0 riskbedömningar är utförda			Blåsfunktion inkluderas i vård-preventions-arbetet. Övergripande ansvarig sjuksköterska och kontinensansvariga utses för inkontinens/kontinensarbete inom särskilt boende äldre. Utbildningsinsatser och uppdragsbeskrivningar bör revideras/tas fram utifrån styrdokument.	Alla personer som flyttar in på särskilt boende 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.	
<ul style="list-style-type: none"> SveDem⁴⁴ 	Tertial/år	58 uppföljningar är genomförda på två säbodemens boenden Norrglantan och Lövåsgården	Antalet uppföljningar är lågt i förhållande till antal boendeplatser.	Demensvården kan inte utvärderas på kommunnivå. Tätare uppföljning behövs.	Utse regionkontaktperson. Ansvar och uppgift. Samverkansformer inom närvården	Antalet uppföljningar av demensutredningar ska öka på alla enheter och vara relevant i förhållande till antalet demensutredningar.	Protokoll från SveDem Stratsys

⁴⁴ Nationellt kvalitetsregister med data över personer med demenssjukdom

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
• Svenska HALT	År	204 inkluderade vårdtagare på SÄBO och kortvård. 4% vårdtagare med bekräftad infektion förvärvad på SÄBO Typ av infektion; 1% UVI ⁴⁵ 1. 5% ÖLI ⁴⁶	Antal vårdtagare med pc-behandling ⁴⁷ 3% Riskfaktor; 10% KAD 7% trycksår 12% sår 3% kirurgi Vårdtyngdsindikator; 58% inkontinens varav 134 är kvinnor	Bearbetning av resultat med förslag på åtgärder gällande inkontinensutredningar i samverkan med ansvarig läkare	Samverkan STRAMA mot antibiotikaresistens planeras med "antibiotika smarta leg, ssk i projektform	Arbeta förebyggande med att identifiera patienters problem med inkontinens utifrån ett hälsoperspektiv. Arbetet sker i samverkan med ansvarig läkare	Senior alert Strasys
• Palliativ vård	Kvartal/år	Kvalitetsindikator; målvärde uppnås för indikator utan trycksår med resultat 90,5 (målvärde 90). Se separat diagram	Övriga 10 kvalitetsindikatorerna utgör förbättringsområde	Sjuksköterskorna inom kortvården är mer drivande gällande att efterfråga brytpunktsamtal	Tätare uppföljningar av alla kvalitetsindikatorer. Utbildningsinsatser krävs	Kvalitetsindikatorer. Hälso- och sjukvården involverar äldreomsorgen i arbetet för att säkra och förbättra god vård i livets slut. All personal involveras	Protokoll från Palliativa registret Lex
• BPSD	År/Tertial	Registreringar/skattningar 243	I jämförelse med förra årets skattningar 101 har resultatet ökat mot skattningar (283 år 2019))	Öka antalet skattningar	Uppdatering av administratör på kommunnivå i registret	Alla demensenheter inom särskilt boende för äldre samt enheter som har behov av arbetssättet ska använda sig av personcentrerade och individanpassade åtgärder	Protokoll från BPSD registret Lex

⁴⁵ UVI - Urinvägsinfektion

⁴⁶ ÖLI – övre luftvägsinfektion

⁴⁷ Pc – penicillin/antibiotika

Område	Mål	Resultat	Analys av resultat	Åtgärd	Uppföljning åtgärd	Omfattning	Källa
Hygienronder ⁴⁸	3 enheter har haft hygienrond Lövåsgården kortvård Vallgården och Dufvegården säbo äldre	En (Dufvegården) enheter har tagit fram en handlingsplan: Hygienombud, städrutiner, fast utrustning från fastighetsägare, provtagning/material, förråd, rengöring/desinfektion, desinfektionsrum, tvättstuga, kök/livsmedels-rutiner	Hygienrutiner och arbetsprocesser utifrån ett vårdhygieniskt perspektiv är ett förbättringsområde	Uppföljning av åtgärder 2022. Uppföljningen kunde ej genomföras tidigare pga. pandemin. Skallkrav på deltagande i vårdhygiens digitala utbildningar för chefer, leg. personal samt hygienombud 2021 - 2022	Uppföljning av åtgärder enligt handlings-plan under 2022. Uppföljning av deltagande på utbildningar	Alla särskilda boenden för äldre erhåller hygienrond cirka vart 4:e år	Protokoll och handlingsplaner per enhet Lex

⁴⁸ Avtal mellan Vårdhygien Region Sörmland och länets kommuner



Kvalitetsberättelse 2021 vård- och omsorgsförvaltningen

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger redovisningen till protokollet.

Sammanfattning av ärendet

Enligt gällande styrdokument för kvalitetsledningssystem för vård- och omsorgsförvaltningen ska en kvalitetsberättelse upprättas årligen.

Kvalitetsberättelsen beskriver förvaltningens kvalitetsarbete under kalenderåret 2021. I berättelsen framgår hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits, vilka resultat som uppnåtts samt vilka förbättringsområden som uppmärksammats.

Kvalitetsarbetet redovisas på en förvaltningsövergripande nivå samt att det görs några fördjupningar inom ett par centrala områden i kvalitetsarbetet.

Ärendets handlingar

- Kvalitetsberättelse 2021 Vård- och omsorgsförvaltningen, 2022-02-04

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Lars Carlberg
Utredare

Beslutet skickas till: Intranätet, akten

Kvalitetsberättelse

2021

Vård- och omsorgsförvaltningen

Dnr: VON/2022:16-1.5.2

Datum: 2022-02-04

Handläggare: Lars Carlberg, Cecilia Nordqvist

Sammanfattning

Kvalitetsberättelsen beskriver det övergripande kvalitetsarbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen under kalenderåret 2021. I berättelsen framgår hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivits under året, vilka åtgärder som vidtagits, vilka resultat som uppnåtts samt vilka förbättringsområden som uppmärksammats.

Arbetet med att revidera och utveckla kvalitetsledningssystemet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) har fortsatt under 2021. Bland annat har verktyg för att grafiskt beskriva processer och processutveckling har köpts in i samverkan med socialförvaltningen, och styrdokument har uppdaterats.

I vård- och omsorgsförvaltningen sker egenkontroller i olika former både på individ-, grupp- och förvaltningsnivå. Flera brukar- och enhetsundersökningar har inte genomförts nationellt vare sig 2020 eller 2021. Därför kan vi inte jämföra oss med andra kommuner i den här kvalitetsberättelsen, förutom när det gäller brukarundersökningen på funktionsnedsättningsområdet. Denna brukarundersökning pekar mot goda resultat, men också vissa förbättringsområden. Glädjande är att svarsfrekvensen inom socialpsykiatrin, framför allt boendestödet, har ökat markant, vilket annars kan vara en svår grupp att nå.

En stor satsning på värdegrundsarbete har inletts under 2021, där personal och ledning vidareutbildas och deltar i arbetsgrupper. En satsning på kompetensutveckling har påbörjats inom området Funktionsstöd, där i stort sett alla stödassistenter har genomgått de första delarna i "Kompetenspusslet" med inriktning på att bredda och fördjupa kunskapen om lagar och konventioner samt bemötande och förhållningssätt. Kompetenspusslet är avsett att vara en flexibel och lättanvänd kunskapsbank där enhetschefer och arbetsgrupper själva ska kunna skraddarsy sin kompetensutveckling långsiktigt.

Förutom vidare arbete med avvikelshantering och utredningar kring missförhållanden (lex Sarah) har risk- och konsekvensanalys lyfts fram som en viktig del av kvalitetsarbetet. I samband med verksamhetsförändringar i samband med Coronapandemin har ett stort antal riskanalyser gjorts inom förvaltningen och vidare uppföljning av dessa fortsätter under 2022.

Innehåll

Sammanfattning	2
Innehåll	3
Inledning	4
Innehåll och upplägg	4
Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete under året	5
Kvalitetsledningssystem.....	5
Systematiskt förbättringsarbete	6
Resultat och analys.....	8
Egenkontroll	8
Klagomål och synpunkter	18
Avvikelse.....	18
De största avvikelseområdena för förvaltningen under 2021 (fallande skala).....	19
Åtgärder för förvaltningens avvikelser under 2021 (fallande skala)	20
Lex Sarah	21
Tillsynsbesök från Inspektionen från vård och omsorg.....	22
Risikanalys	22
Förbättringsområden för kommande år.....	23

Inledning

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.

Kvalitetsberättelsen ska ge svar på hur det systematiska och fortlöpande kvalitetsarbetet bedrivs under året, vilka åtgärder som vidtagits, vilka resultat som uppnåtts samt vilka förbättringsområden som uppmärksammas.

Innehåll och upplägg

Kvalitetsberättelsen beskriver vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete under 2021. I berättelsen framgår vad förvaltningen har vidtagit för åtgärder för att säkra en god kvalitet samt för att minimera risker och negativa händelser. Kvalitetsarbetet redovisas på en förvaltningsövergripande nivå samt att det görs några fördjupningar inom ett par centrala områden i kvalitetsarbetet.

Kvalitetsberättelsen är uppdelad i tre kapitel:

- Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete under året
- Resultat och analys
- Förbättringsområden för kommande år

Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete under året

Kvalitetsledningssystem

Ledningssystemet ska enligt SOSFS 2011:9, 4 kap. 1 §, anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Det ska bestå av de processer och rutiner som behövs i verksamheten för att säkra verksamhetens kvalitet. Vård- och omsorgsförvaltningen har arbetat aktivt med att utveckla förvaltningens kvalitetsledningssystem. Under 2019 skapades en förvaltningsövergripande arbetsgrupp där varje verksamhet hade representanter. Fokus var då att kartlägga och uppdatera verksamhetens processer och rutiner, samt att skapa en gemensam övergripande bild av hur dessa ska delas med alla medarbetare. I mån av tid och resurser har detta arbete fortsatt under 2020 och 2021.

Utgångspunkt för arbetet

Utgångspunkten för arbetet med kvalitetsledningssystemet är att det ska vara lätt att göra rätt. Information ska finnas lätt tillgänglig för medarbetarna och fungera i vardagen. Ledningssystemet ska användas både till att visa och tydliggöra hur verksamhetens processer är tänkta att fungera och till att utveckla dem. Alla medarbetare ska ha möjlighet att på ett överskådligt sätt förstå de processer som de ingår i. Följsamheten till styrdokument säkerställer att alla arbetar på ett likartat sätt så att alla brukare ska få en god vård och omsorg. All personal har ett ansvar för att medverka till att insatserna utförs med god kvalitet.

Förbättring av processer och rutiner

Under 2021 har förvaltningen provat en ny struktur för att visa verksamhetsnära styrdokument och blanketter på intranätet. Rutiner, checklistor och andra dokument har kopplats till olika processområden, för att förbereda inför ett mer processinriktat arbetssätt. Trots att visningsättet fungerade bra och togs emot positivt av verksamheterna, visade sig intranätet ha tekniska brister som var svåra att komma till rätta med. Förvaltningen tvingades återgå till tidigare sätt att ge tillgång till dokumenten. Eftersom intranätet ska bytas ut under 2022 läggs inte mer tid på att följa upp detta. Arbetet framåt läggs istället på att använda ett annat system för att koppla styrdokument till processbeskrivningar på ett överskådligt och framtidssäkert sätt. Systemet har köpts in gemensamt med socialförvaltningen. Övergripande styrdokument för kvalitetsledningssystem enligt SOSFS 2011:9, samt för processbeskrivning och utformning av styrdokument har reviderats och tas i nämnd under början av 2022.

Kvalitetsråd

Vård- och omsorgsförvaltningen har uppfyllt planen att bygga upp kvalitetsråd inom förvaltningens olika verksamheter. Utformningen kan se olika ut utifrån verksamheternas behov och förutsättningar, och i nuläget används olika begrepp för forumet. Kvalitetsråden har fokus på systematiskt förbättringsarbete och är en del av förvaltningens kvalitetsledningssystem. Det är ett forum som möjliggör för personalen att medverka i kvalitetsarbetet på verksamhetsnivå. Arbetet utgår från brukarnas och verksamheternas behov, där samverkan mellan olika professioner är en viktig del för att se helheten och ge en personcentrerad vård och omsorg. På kvalitetsråden hanteras bland annat frågor kring avvikelser, åtgärder, rutiner och systematiskt kvalitetsarbete.

Utbildningsfilmer och digital introduktion

Utbildningsfilmer om social dokumentation och vårdplaner för all omvårdnadspersonal finns på intranätet sedan tidigare. Enhetschefer kan använda detta paket vid nyanställning, och det innehåller filmer, interaktiva utbildningar och text. Utbildningspaketet kompletterar introduktion på enheterna, och är ett led i att kunna erbjuda stöd och en gemensam kunskapsbas för all brukar-nära personal. Utbudet i introduktionspaketet har utvecklats något under 2021, och verksamheterna finner i allmänhet materialet värdefullt.

Uppföljande intervjuer med enhetschefer har visat att inte alla nyanställda går igenom hela utbildningspaketet. Orsaken kan vara att de nyanställda inte får användaruppgifter i tid, innan de börjar arbeta i verksamheten och att det sedan inte blir av. Orsaken kan också vara att användaruppgifterna hinner bli inaktuella innan medarbetaren har loggat in och att medarbetaren tycker att det är besvärligt att skaffa nya. Fortsatt arbete med att anpassa introduktionspaketet och processen för introduktion sker. Åtgärder är bland annat att nyanställda och vikarier skall prioritera att gå in systemen och hålla inloggningsuppgifter aktiva.

Digitala utbildningar har bland annat även använts för demensutbildningar för vårdbiträden och undersköterskor, inom ramen för projekt Nära Vård. Olika digitala delar är också kopplade till verksamhetsområdet funktionsstöds Kompetenspussel, som avser att höja stödassistenters kompetens kring bland annat lagar, konventioner och olika former av funktionsnedsättningar.

Social dokumentation och IBIC (Individens behov i centrum)

IBIC är ett behovsinriktat och systematiskt arbets sätt med strukturerad dokumentation för att utreda behov samt dokumentera och följa upp verkställighet. Strukturerad dokumentation och tydligare målbeskrivningar ska innebära en förenkling för både handläggare och omvårdnadspersonal när det gäller att hantera information, verkställa och följa upp insatser. Vård- och omsorgsförvaltningen använder delar av IBIC för just strukturering av information, samt i arbetet med genomförandeplaner, journalföring och uppföljning på utförarsidan. Dokumentationsstödjarna är omvårdnadspersonal som ska ge sina kollegor stöd i vardagen med den sociala dokumentationen, samt utföra kvalitetsgranskning av dokumentationen på enheterna. Under 2021 har arbetet med kontinuerliga träffar för dokumentationsstödjare haft lägre prioritet utifrån pandemin och utifrån att mycket stöd har getts under perioden 2017 - 2020. Ett utbildningstillfälle för nya dokumentationsstödjare har genomförts, samt ett antal genomgångar för arbetsgrupperna där verksamheterna haft behov av stöd.

Systematiskt förbättringsarbete

För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete.

Risikoförebyggande arbete och riskanalys

Risikanalyser innebär ett framåtblickande och förebyggande arbets sätt och syftar till att upptäcka brister i verksamhetens kvalitet innan de får konsekvenser. Riskanalyser och riskbedömningar görs på individnivå och på verksamhetsnivå. Vid organisationsförändringar eller förändrade arbets sätt genomförs risk- och konsekvensanalyser. Utifrån intern kontroll som regleras i kommunallagen upprättar förvaltningen årligen en internkontrollplan som följs upp i slutet av året. Internkontrollplanen revideras årligen utifrån en förnyad prövning genom risk- och konsekvensanalys. Under 2021 var risk- och konsekvensanalys ett tema på det första summeringsmötet för att lyfta vikten av att förebygga avvikelser. Summeringsmötet är ett förvaltningsövergripande forum för att belysa kvalitetsfrågor och lex Sarah/lex Maria. Ett stort antal risk- och konsekvensanalyser med tillhörande handlingsplaner har gjorts, i samband med förändringar i verksamheten som krävts på grund av pandemin.

Avvikelser, klagomål, synpunkter och lex Sarah

Verksamheten ska ta emot och utreda inkomna avvikelser, klagomål, synpunkter och rapporter om missförhållanden eller risker om missförhållanden (lex Sarah). Syftet med lex Sarah är att dra lärdom av misstag som sker och förhindra att liknande missförhållanden sker igen. Utredningarna avslutas alltid med ett antal åtgärder som ska förbättra verksamheten och rutinerna. Det är viktigt att rapportera och hantera avvikelser för att förhindra att dessa leder till missförhållanden. Under året har förvaltningen arbetat med att sprida och implementera gemensamma rutiner för rapportering och bearbetning av avvikelser, lex Sarah och lex Maria. Fallbeskrivningar baserade på olika lex Sarah-ärenden har använts i den förvaltningsövergripande värdegrundsutbildningen, och lex Sarah-ärenden tas upp på kvalitetsråd.

Förvaltningsövergripande egenkontroll av avvikelser

Varje månad går utredare igenom föregående månads avvikelser för att kontrollera om det finns avvikelser där rapportören kryssat i att avvikelsen eventuellt kan vara föremål för lex Sarah-utredning. I samband med detta görs också en översyn för att se när enheter eller områden har många avvikelser som inte bearbetas och riskerar att släpa efter. I så fall kontaktas berörd enhetschef för att stämma av om extra stöd behövs. Detta har skett under 2021 och beskrivs mer under resultatavsnittet om avvikelser.

Tertialvis rapport kring övergripande arbete med avvikelser

Vård- och omsorgsförvaltningen har under 2021 arbetat med att varje verksamhetsområde tertialvis analyserat och sammanfattat sin avvikelshantering i en rapport. I rapporten finns även övergripande åtgärder och handlingsplan med uppföljning. Från och med 2022 kommer detta att ske halvårsvis istället.

Summeringsmöten

Förvaltningsövergripande möten för att summera erfarenheter från avvikelser, lex Sarah och lex Maria har hållits i februari, juni och november 2021. Summeringsmötet anordnas av utredare och medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS). Chefer, brukarnära personal och hälso- och sjukvårdspersonal deltar. Syftet med mötet är att dra lärdom från utredningar, sprida kunskap om händelser och åtgärder för att minska risken att liknande händelser inträffar igen i verksamheten.

Egenkontroll

Verksamhetsuppföljning och egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att verksamheten ska kunna säkra kvalitén, SOSFS: 2011:9,5 kap. 2 §. Förvaltningen arbetar systematiskt med egenkontroller i form av brukarundersökningar, kvalitetsgranskningar av dokumentation, deltagande i olika nationella undersökningar, öppna jämförelser, verksamhetstillsyner och olika uppföljningar på individnivå. Enhetscheferna rapporterar månadsvis egenkontroller genomförda inom deras respektive område. Det pågår ett arbete med att se över vad som ska ingå i rapporteringen och vilka egenkontroller som ska genomföras för att bättre följa och säkra kvaliteten i verksamheterna.

Analysdagar – verksamhetsplanering på ledningsgrupper

Under slutet av 2021 genomfördes en analysdag då en utredare presenterade resultat från brukarundersökningen på grupp- och servicebostäder, inom socialpsykiatriboenden och boendestöd samt redovisade kvalitetsgranskning av social dokumentation. Verksamhetschef och enhetschefer deltog. Liknande tillfällen ska genomföras inom äldreomsorgen och förvaltningskontoret under början av 2022. Syftet med analysdagarna är att samla resultat verksamheten har fått in under året, analysera dessa och skapa en bild över styrkor och förbättringsområden. Det handlar om att få en helhetsbild av verksamheten och ta fram en handlingsplan för det fortsatta kvalitetsarbetet för verksamhetsområdet. Fokus har varit på resultatmålen under området trygg vård och omsorg i kommunplanen 2019 - 2022.

Resultat och analys

Egenkontroll

Nedan redovisas ett urval av egenkontroller och resultat för 2021. För att få en kontinuitet i granskningen väljer vi att som föregående år titta närmare på fem kvalitetsområden: *bemötande, förtroende och trygghet, aktiviteter, måltider, delaktighet och inflytande* samt *anhörigstöd*. Dessa områden är kopplade till resultatmål under målområdet trygg vård och omsorg i Katrineholms kommuns kommunplan 2019 - 2022. I redovisningen presenteras resultat från brukarundersökningar, Sveriges Kommuner och Regioners undersökning Kommunens Kvalitet i Korthet samt egna kvalitetsgranskningar av social dokumentation och akter inom myndighetsutövningen.¹ Som en del i förvaltningens arbete med åtagandena i Katrineholms kommuns handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR² redovisas statistik konsuppldelat där det är möjligt. Vård- och omsorgsförvaltningen tittar också på skillnader mellan enheter där det är möjligt, till exempel i samband med verksamhetsplanering, utifrån att man som brukare ska ha möjlighet att få samma vård och omsorg oberoende av var man bor.

Socialstyrelsens nationella brukarundersökning Vad tycker de äldre om äldreomsorgen genomfördes inte under 2021. Inte heller enhetsundersökningarna för LSS och Kommunal hälso- och sjukvård och äldreomsorg genomfördes.

Sveriges Kommuner och Regioners brukarundersökning inom funktionshinderområdet
Undersökningen genomförs i Katrineholm ojämnt år på grupp- och servicebostäder och jämnt år på daglig verksamhet. Detta beror på att det är samma brukare som svarar på enkäterna, och det finns en vinst för målgruppen att enklare kunna skilja mellan enkäterna.

(Gäller för undersökning gjord 2019)

- **Gruppbostad enligt LSS** – 63 svarande. Svarefrekvens 68 procent
- **Servicebostad enligt LSS** – 29 svarande. Svarefrekvens 51 procent
- **Boendestöd enligt SoL** – 34 svarande. Svarefrekvens 40 procent
- **Boende med särskild service enligt SoL (Socialpsykiatri)** – 8 svarande. Svarefrekvens 57 procent

(Gäller för undersökning gjord 2020)

- **Daglig verksamhet LSS och Daglig sysselsättning SoL** – 75 svarande. Svarefrekvens 32 procent.

(Gäller för undersökning gjord 2021)

- **Gruppbostad enligt LSS** – 39 svarande. Svarefrekvens 43 procent
- **Servicebostad enligt LSS** – 28 svarande. Svarefrekvens 53 procent
- **Boendestöd enligt SoL** – 47 svarande. Svarefrekvens 47 procent
- **Boende med särskild service enligt SoL (Socialpsykiatri)** – 11 svarande. Svarefrekvens 65 procent

Svarefrekvensen på gruppbostad är lägre än 2019. Att genomföra undersökningen kräver att en utomstående frågeassistent besöker grupp- eller servicebostaden, och trots att undersök-

¹ Alla resultat från brukarundersökningarna och Kommunens Kvalitet i Korthet finns på www.kolada.se. Resultaten inom funktionsstöd bör tolkas med en viss försiktighet då det är relativt få svarande. Då många personer med insatser inom funktionsstöd har kommunikationssvårigheter och/eller kognitiva funktionsnedsättningar har bildstöd använts som enkätverktyg.
² Katrineholms kommun undertecknade 2017 CEMR-deklarationen (Den europeiska deklARATIONEN för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå).

ningen gjordes under hösten när det var mindre restriktioner kan detta ha detta inverkat på svarsfrekvensen.

Bemötande, förtroende och trygghet

Resultatmål: Fler brukare inom vård och omsorg ska ha en positiv upplevelse kring bemötande, förtroende och trygghet

Indikatorer	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket 2021
Personalkontinuitet inom hemtjänsten, antal personal som en brukare inom hemtjänsten möter under 14 dagar, medelvärde	15	16	16	16	16	15
Boende på gruppboende enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	82%	-	80%	94%	74%	77%
Boende på serviceboende enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	72%	-	81%	80%	82%	73%
Brukare inom daglig verksamhet enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	-	85%	-	86%	84%	83%
Brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten, andel (%)	82%	86%	-	85%	87%	-
Brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo på ett särskilt boende, andel (%)	89%	88%	-	83%	95%	-

Under 2021 har brukarundersökning inom funktionsstöd genomförts på grupp- och servicebostäder LSS, socialpsykiatrins boenden och boendestödet SoL. Brukarundersökningen gjordes också inom Personlig assistans LSS, men antalet individer i undersökningen som genomförde den var för lågt för att statistik ska kunna redovisas. Resultaten för grupp- och servicebostäder är i allmänhet något bättre i Katrineholm än i riket som helhet.

80 procent av brukarna på gruppboende LSS som svarat i undersökningen upplever sig **trygga med all personal**, vilket är en liten minskning jämfört med förra gången som undersökningen genomfördes 2019 (82%). Det är dock en stor skillnad mellan hur män och kvinnor har svarat, nästan 20 procentenheter. För samma fråga har servicebostäder LSS liknande resultat, 81 %, vilket är bättre än resultatet för riket och skillnaden mellan mäns och kvinnors svar är försumbar.

Resultaten för gruppboende LSS för frågorna **förstår personalen vad du säger** (80%) och **pratar personalen med dig så att du förstår** (78%) ligger också över medel för riket, men det finns naturligtvis saker att arbeta vidare med. I utbildningspaketet för Funktionsstöd, "Kompetenspusslet", kommer anpassad kommunikation att ingå som en viktig pusselbit. Fler män än kvinnor på gruppboende upplever att de blir förstådda och förstår vad personalen säger. Däremot upplever färre män (63%) på serviceboende LSS att de blir förstådda av all personal, och 36% menar att det bara några i personalen som förstår vad de säger.

På frågan om det **finns någonting man känner sig rädd för hemma** svarar 15 % på gruppboende att de ofta gör det, och 22 % att de gör det ibland. Det är något fler kvinnor som svarat att de upplever rädsla för något. För servicebostäder så har 22% också svarat att de är rädda för något hemma ibland, men här är det istället männen som upplever mer otrygghet, 33% jämfört med 14% av kvinnorna. Verksamhetsområdet funktionsstöd arbetar generellt med att i individuella genomförandeplaner och i andra sammanhang få mer information kring vad som skapar trygghet hos brukarna och om det finns något de är rädda för.

På frågan om man **trivs hemma** svarar 90 procent ja på gruppbostad LSS, vilket är något högre än i riket som helhet. Något större andel av männen svarar att de trivs, jämfört med kvinnorna. 85% på servicebostad LSS svarar att de trivs hemma med boendepersonalen, men där är det en förhållandevis stor skillnad mellan vad män och kvinnor svarat, där 93% av kvinnorna trivs, men bara 75% av männen. Det är också så att 100% av kvinnorna på servicebostad LSS svarar att de upplever att **boendepersonalen bryr sig om dem**, jämfört med 83% av männen.

När det gäller boendestödet så är det 76% som **känner sig trygga med alla i personalen**, och där finns det också tecken på att männen känner sig mer trygga än kvinnorna, 85% jämfört med 70%. Det är också förhållandevis få som upplever att de **känner till vem de ska prata med om något med boendestödet är dåligt** (62%), särskilt bland männen där hälften av de som svarat inte vet.

Det totala utfallet för **personalkontinuiteten inom hemtjänsten** 2020 och 2021 var 16 medarbetare som en hemtjänsttagare möter under en tvåveckors mätperiod. En lägre siffra ses som ett bättre resultat. Mätningen avser brukare som har minst två insatser varje dag och inte har varit frånvarande någon gång under mätperioden. Indikatorn mäter alla hemtjänsttagare i kommunen som uppfyller dessa kriterier, oavsett utförare. Därför ingår även hemtjänst enligt Lagen om valfrihet (LOV) i underlaget. Resultatet är en försämring jämfört med 2019 då utfallet var 15. Genomsnittet för riket är 15 personer. Om många olika personer kommer in i hemmet för att utföra insatser finns det risk att kvaliteten blir lidande. Sedan 2017 har personalkontinuiteten varit mellan 15 och 16 personer. Även de enskilda enheternas personalkontinuitet följs upp, och diskuteras på analysdagar inför verksamhetsplanering. Den största enheten har ungefär samma personalkontinuitet som den näst största 2021. Annars visar en jämförelse åren 2019 - 2021 att ju fler brukare desto sämre personalkontinuitet. Även andelen brukare som möter fler än 20 medarbetare är lägre i den största enheten än i den näst största. LOV-företagens personalkontinuitet, som generellt är likvärdig eller bättre än kommunens även för de större företagen, har även den försämrats något under den senaste tvåårsperioden.

Analys och förbättringsområden

Arbetet inom vård- och omsorgsförvaltningen består av ständiga möten med människor. En god värdegrund, ett gott bemötande och att känna förtroende för personalen är grundläggande utgångspunkter i detta arbete. Att känna sig trygg i boendet och med stödet som ges har en grundläggande betydelse för den enskildes hälsa och välbefinnande.

Även om resultatet inom flera delar är goda så är detta ett område som verksamheten ständigt behöver arbeta med. Inom funktionsstöd är trygghet och bemötande ett prioriterat utvecklingsområde, utifrån avvikelser och lex Sarah-utredningar. Man arbetar med olika former av kompetensutveckling och har anställt stödpedagoger för att arbeta med pedagogik och metodutveckling. Socialpsykiatri och boendestödet har länge efterlyst olika former av undersökningar och enkäter för att veta vilka områden som behöver utvecklas, och ser att resultaten från denna undersökning ger ett bra underlag för att ta fram förbättringsområden. Ett annat utvecklingsområde är att fortsätta arbeta för en god kontinuitet inom hemtjänsten när det gäller både personal-, tid- och omsorgskontinuitet. I handlingsplanen som togs fram under analysdagarna inför verksamhetsplanering 2020 tydliggjordes att verksamheten ska arbeta med att skapa mindre arbetslag i grupper där det är relevant, och dra lärdom av varandra i det fortsatta arbetet.

Under år 2019 och 2020 kom signaler om att arbetet med värdegrundsfrågor behöver stärkas. Inom hela verksamheten finns särskilda värdegrundshandledare med uppgift att guida sina kollegor i det dagliga arbetet kring brukarna. En förvaltningsövergripande insats kring detta har påbörjats under 2021.

Aktiviteter

Resultatmål. Ökade förutsättningar för aktiviteter för brukare inom vård och omsorg.

Indikatorer	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Riket 2021	Utfall kvinnor	Utfall män
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter på vardagar, andel (%)	100%	100%	73%	54%	-	-
Boendeplatser i särskilt boende som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen, andel (%)	74%	73%	73%	43%	-	-
Brukare inom hemtjänsten med biståndsbeslut om social samvaro/promenad, andel (%)	45%	42%	44%	-	48%	36%
Äldre som svarar att de är ganska/mycket nöjda med de aktiviteter som erbjuds på sitt särskilda boende, andel (%)	74%	67%	-	-	64%	71%
Äldre i särskilt boende som svarar att de upplever att möjligheterna att komma utomhus är ganska/mycket bra, andel (%)	66%	72%	-	-	69%	78%

Analys och förbättringsområden

Det är viktigt att följa dessa indikatorer för att alla brukare ska få möjlighet till en meningsfull vardag och kunna påverka hur de vill ha sin utevistelse. Deltagande i olika aktiviteter har flera positiva hälsoeffekter och spelar en viktig roll för till exempel möjligheten till delaktighet, gemenskap och social samvaro. Arbetet med att anordna sociala aktiviteter för brukarna är en prioriterad uppgift inom verksamheten. Andelen enheter inom särskilt boende för äldre som anordnar aktiviteter sju dagar i veckan (två på vardagar och en på helgen) har sjunkit från 100 till 73 procent. Tidigare har servicehusen, där aktiviteter inte fungerar på samma sätt som på vård- eller demensboende räknats bort ur statistiken. Detta går dock inte att göra längre rent tekniskt på grund av att brukarna där har beslut om särskilt boende och att alla dessa räknas in när resultatet inhämtas nationellt. Det är fortfarande högre än andelen i riket. För att behålla och stärka detta resultat kommer fokus under 2022 att vara att bli ännu bättre på att följa upp och ta reda på vilka aktiviteter brukarna vill ha, till exempel utifrån de individuella genomförandeplanerna. Det handlar även om att synliggöra och informera om aktiviteter som genomförs.

Medborgarfunktionen följer upp indikatorn **beviljade insatser av social tid och promenad inom hemtjänsten** årligen. Av totalt 632 personer, 227 män och 405 kvinnor, som har omvårdnad och service inom hemtjänsten är det 44 procent som har biståndsbeslut social samvaro och/eller promenad. 48 procent av kvinnorna har social samvaro och/eller promenad och 36 procent av männen. Brukarna kan ha båda insatserna beviljade eller bara en av dem. 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, och det krävs mer analys.

Under 2019 initierades en struktur för formaliserad samverkan mellan vård- och omsorgsförvaltningen och kulturförvaltningen. Detta arbete stannade dessvärre av något under 2020 på grund av corona-pandemin. Syftet skulle vara att bidra till att verksamheternas gemensamma målgrupper erbjuds en bred och anpassad kulturell verksamhet, bland annat genom att utveckla innehållet i den biståndsbedömda insatsen social tid. Personal har tagit med pussel, memory-spel eller genomfört tipspromenad under insatsen. Vidare påbörjade förvaltningen ett gott samarbete med frivilliga nätverkare som ger verksamheten goda förutsättningar till en bredd av olika aktiviteter och kulturupplevelser.

Måltider

Resultatmål: Måltiderna inom vård och omsorg ska utvecklas

Indikatorer	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket 2021
Äldre på särskilt boende som har möjlighet att välja mellan olika maträtter, andel (%)	37%	33%	100%	-	-	47%
Brukare i särskilt boende vars nattfasta är mindre än 11 timmar (med hänsyn taget till den enskildes önskemål), andel (%)	42%	-	37%	35%	41%	-
Äldre som svarar att maten smakar ganska/mycket bra på sitt särskilda boende, andel (%)	79%	76%	-	73%	81%	-
Äldre som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende oftast/alltid är en trevlig stund på dagen, andel (%)	72%	71%	-	71%	71%	-

På särskilt boende för äldre finns *måltidsombud*, omvårdnadspersonal som arbetar med att utveckla måltidssituationen. 2021 gjorde måltidsombud observationer på åtta avdelningar på vårdboende, sju luncher och en middag. I ett par fall hjälpte brukare till att förbereda måltiden. I ett fall lyckades det inte att undvika buller under måltiden. Att undvika buller och störande ljud är ett exempel på det som ingår i den checklista som omvårdnadspersonal skall följa för att skapa en bra måltidsmiljö, och som observationerna utgick ifrån. Alla brukare fick ta mat själva och i alla fallen stimulerade medarbetarna brukarna till samtal.

Måltidsombuden gjorde även observationer på 17 demensavdelningar. I hälften av fallen hjälpte boende till med förberedelserna. Alla fick välja mat och ta själva. I alla fall utom ett noterade observatören att medarbetarna stimulerade brukarna till samtal.

För indikatorn som gäller äldre på särskilt boendes möjligheter att välja mellan olika maträtter har förvaltningen tolkat frågan annorlunda under 2021. Tidigare har det funnits en uppfattning att den boende skulle kunna välja mellan två rätter i stunden vid måltiden för att man ska kunna svara ja på frågan. Alltså någon form av "buffé". Men det finns alltid möjligheter för boende att kunna välja bort rätter, genom att tillsammans med personalen meddela Service och teknikförvaltningen om att man önskar alternativ utifrån den meny som presenteras i förväg.

Vård- och omsorgsförvaltningens mål är att andelen brukare i äldreomsorgen vars nattfasta är kortare än elva timmar ska öka, detta med hänsyn till den enskildes önskemål. Med nattfasta avses tiden mellan en dags sista mål och följande dags första mål, det vill säga tiden under natten då en person inte äter eller dricker något som ger nämnvärd energi.

Analys på individnivå visar att det framförallt är brukare som serveras sent kvällsmål, och/eller förfrukost, som generellt når målsättningen om högst 11 timmars fastetid. De individer som har den allra kortaste nattfastan, under sju timmar, har vanligtvis ätit någon form av nattmål efter klockan 00:00. Nattmål bör dock ses som ett undantag snarare än en regel. Tidpunkterna för de inrapporterade måltiderna visar att de enheter som har godast resultat serverar förfrukost på individuell basis. Detta syns då förfrukost har serverats vid flera olika tidpunkter under morgonen och att en kollektiv frukost serveras något senare.

Tidigare arbete med att förkorta nattfastan har visat sig vara framgångsrikt då förvaltningen under våren 2019 nådde det hittills bästa resultatet och 53 % av brukarna hade en nattfasta under 11 timmar. Forskning och utveckling i Sörmland sammanställde senast 2019 en regional rapport gällande nattfasta utifrån kommunernas inrapporterade resultat. Andelen brukare med

nattfasta under 11 timmar var för hela regionen 36 % vid detta tillfälle. Katrineholm redovisade vid denna mätning ett resultat på 39 %.

Analys och förbättringsområden

Maten och måltidsmiljön har stor betydelse för de äldres livskvalitet och välbefinnande samt har en viktig roll för att förebygga och/eller bromsa sjukdom och ohälsa som undernäring. Vård- och omsorgsförvaltningen har tidigare år genomfört en rad insatser för att utveckla arbetet runt mat och måltider. Det finns ett fortsatt behov av att arbeta med måltidssituationen samt att fortsätta arbetet med att minska nattfastan. Genom att sprida ut måltiderna jämnt över den vakna delen av dygnet ges möjligheter att optimera energi- och näringsintaget. Arbetet med att uppnå resultatmålet för nattfastan pågår kontinuerligt men den negativa trenden visar att det finns fortsatta utmaningar. För att återigen nå goda resultat planerar förvaltningen för att stärka arbetet med nutrition och nattfasta.

Måltidsprogrammet 2020 - 2023, i samverkan med service- och teknikförvaltningen, syftar till att fortsätta utveckla samverkan mellan omvårdnadspersonal, sjuksköterska och dietist för att förebygga och behandla vid undernäring. Dietist deltar bland annat på ledningsgruppsmöte för särskilt boende och utbildar/informerar kring nutrition och kring förebyggande arbete mot undernäring, där lång nattfasta är en riskfaktor. Arbetet med en nutritionsgrupp gemensam för service- och teknikförvaltningen och vård- och omsorg har startats upp under 2021. Rutinen och checklisten för måltider för särskilt boende har reviderats och kommer att börja implementeras under 2022. Kvalitetsgranskningen av social dokumentation pekar mot att genomförandeplaner i allmänhet har beskrivning om önskemål och behov i samband med måltiderna för den enskilde. Det är dock ett fortsatt arbete att omsätta mer av brukarnas individuella önskemål och behov i måltidssituationen. 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.

Delaktighet och inflytande

Resultatmål: Ökad möjlighet till delaktighet och inflytande

Indikatorer	Utfall 2019	Utfall 2020	Utfall 2021	Utfall kvinnor	Utfall män	Riket 2021
Brukarbedömning gruppbostad LSS - Brukaren får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)*	75%	-	85%	81%	92%	77%
Boende på servicebostad enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)*	82%	-	89%	93%	83%	82%
Brukare inom daglig verksamhet enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	-	72%	-	71%	73%	73%
Brukare med hemtjänst som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	90%	86%	-	85%	88%	88%
Brukare med hemtjänst som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får stöd, andel (%)	64%	55%	-	56%	55%	59%
Brukare inom särskilt boende som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	83%	82%	-	85%	76%	79%
Äldre inom särskilt boende som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen, andel (%)	63%	65%	-	63%	69%	60%

*Undersökningen genomförs från och med 2019 ojämnt år på grupp- och servicebostäder och jämnt år på daglig verksamhet/daglig sysselsättning.

Brukarundersökningen Funktionsstöd som 2021 genomfördes på grupp- och servicebostäder LSS samt socialpsykiatrien pekar mot att brukarna ges möjlighet att **att bestämma om sådant som är viktigt för dem hemma**. Resultaten har förbättrats sedan förra brukarundersökningen 2019 både när det gäller grupp och servicebostäder, och resultaten är bättre än medlet för riket. Det finns skillnader mellan kvinnor och män för de olika områdena, men statistiken pekar åt två håll vilket syns i tabellen ovan. Både när det gäller service- och gruppbostad så upplever brukarna som svarat på enkäten att de **får den hjälp de vill ha hemma**, 92 respektive 88 %. Även här finns det mindre skillnader mellan kvinnor och män, men alla (100%) av de kvinnor som svarat på servicebostad LSS upplever att de får den hjälp de vill ha hemma.

När det gäller boendestödet, där förvaltningen 2021 fick in hela 47 svar, den högsta svarsfrekvensen sedan vi började göra undersökningen, menar 83% av de som svarat att deras **boendestödare låter dem bestämma om saker som är viktiga för dem**. Det är något lägre än medeltalet för riket, som är 87%. Man menar dock över lag att man **får den hjälp man vill ha av boendestödjarna** (91%), och framför allt har kvinnorna svarat positivt (96%).

Analys och förbättringsområden

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 både inom äldreomsorg och inom funktionsstöd att det fortsatt finns ett utvecklingsarbete med att öka känslan av delaktighet för brukare inom förvaltningen. Tidigare resultat inom äldreomsorgen visar att frågor som relaterar till "tid" är ett förbättringsområde (kan påverka vilka tider man får hjälp, meddela i förväg om tillfälliga förändringar). Ett fortsatt arbete, som togs upp i verksamhetsplaneringen redan inför 2020 är bland annat att se över och implementera rutiner för att informera brukare om föränd-

ringar. Det handlar även om att synliggöra och gå igenom genomförandeplanen när den är fastställd med brukare och eventuella anhöriga, för att gå igenom tider för insatser.

När det gäller funktionsstöd så är resultaten förhållandevis bra jämfört med de nationella siffrorna, och upplevelsen hos de personer som hjälper till med undersökningen är att brukarna i de flesta fall är nöjda med den hjälp de får. Brukarna är även glada över att få delge detta. Själva undersökningen i sig kräver en hel del tid och administration, och formerna kan ibland tänkas bidra till att brukarna svarar mer "positivt" än om undersökningen skulle ske på annat sätt. Det finns också ett stort bortfall, trots att undersökningen är anpassad för att så många som möjligt ska kunna göra den. För många inom verksamhetsområdet är det helt enkelt för svårt att svara på frågorna. Det finns också ett antal som väljer att aldrig göra undersökningen, som är frivillig. I många fall, till exempel på servicebostäder, kan ett besök av en frågeassistent som i lugn och ro förklarar vad undersökningen går ut på, leda till att man ändå väljer att besvara den. 2021 användes stödpedagoger som frågeassistenter, och vidareutveckling av formerna för att besvara enkäten kan bidra till bättre svarsfrekvens. Mycket positivt är att boendestödets svarsfrekvens har ökat så mycket under de år som undersökningen genomförts. Att det ändå finns brukare som väljer att svara negativt på vissa frågor ger riktning för förbättringsåtgärder.

Anhörigstöd

Resultatmål: Anhörigstödet ska utvecklas

Vård- och omsorgsförvaltningen har uppdaterat riktlinjen för stöd till anhöriga.

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar med stöd till anhöriga på flera sätt i verksamheterna. Varje verksamhetsområde har en handlingsplan utifrån den länsgemensamma strategin för stöd till anhöriga. Vård- och omsorgsförvaltningens *anhörigstöd på anhörigcentralen* erbjuder flera olika aktiviteter riktade direkt till anhöriga för målgruppen inom förvaltningen (vuxna anhöriga till någon som är äldre, långvarigt sjuk eller som har en funktionsnedsättning). Anhörigstödet erbjuder service till anhöriga i form av vägledning och förmedling av kontakter, enskilda samtal, prova på friskvårdsaktiviteter, information, grupper på landsbygden och grupper för erfarenhetsutbyte.

Under årets första månader genomfördes alla aktiviteter digitalt. Så även alla informations- och samverkansaktiviteter för att minimera smittspridning. Vissa grupper fick ställas in där målgruppen hade svårt att delta digitalt och ostört hemifrån eller saknade tekniska förutsättningar. Enskilda besök med avstånd och walk & talk utomhus genomfördes.

Anhörigcentralen tog emot 134 anhöriga, varav 106 personer (80%) var nya för verksamheten, 10 fler nya än året innan. Det var ett lågt antal personer totalt, jämfört med före pandemin, men vi kan se att antalet kontakttillfällen/person ökade med nästan det dubbla jämfört med 2020. Av det totala antalet är 79 procent kvinnor, ungefär som året innan. Anhörigcentralen har informerat om verksamheten och anhörigperspektiv på 24 olika platser, mestadels digitalt.

Förvaltningen har identifierat många komplicerade situationer och eventuella konsekvenser av pandemin för anhöriga. Anhöriga känner sig mer ensamma och har fått ett ökat ansvar. Under årets första månader var det färre anhöriga till barn under 18 år och anhöriga som själva är äldre som kontaktade förvaltningen. Däremot tillkom en stor andel nya anhöriga till vuxna personer som drabbats av psykisk ohälsa.

Rapporter från Nationellt kompetenscentrum³ för anhöriga stöder förvaltningens iakttagelser. De visar att anhöriga far mer illa under en pågående pandemi, antalet timmar de vårdar och stödjer ökar, sociala kontaktytor blir färre. Kvinnors egen upplevda hälsa drabbas hårdast. Samhällets stöd till anhöriga har även dragits ned eller stängts ned helt under perioder i

³ www.anhoriga.se

stora delar av landet. Nationellt kompetenscentrum för anhöriga ser ett behov av att involvera Sveriges anhöriga i krisberedskapsplaner samt att stötta anhöriga att ta fram individuella krisplaner om de till exempel själva skulle insjukna och inte längre kunna vårda/stödja sina närstående.

Flera aktiviteter inom anhörigstöd

Under hösten genomfördes de flesta aktiviteter för anhöriga fysiskt igen, men med begränsat antal deltagare och stort avstånd. Äldre anhöriga hittade återigen till verksamheten.

Arbetsgrupper inom funktionsstöd har haft flera möten med information, diskussion och samråd om anhörigperspektiv.

En gemensam ansökan till Uppdrag psykisk hälsa generade en del fältaktiviteter på stan under maj, juni och oktober. Förvaltningen var aktiv med bilder, texter och filmer i sociala medier och en intervju med Radio P4 Sörmland. Inläggen nådde många på sociala medier och aktiviteten blev lite omtalad. Vård- och omsorgsförvaltningen deltog i en digital kampanj på kommunens övergripande Facebooksida under anhörigveckan vecka 40, med anledning av pandemin. Tio stycken rosa västar med texten "Stöd till anhöriga" har köpts in.

Medborgarfunktionen och utredare gjorde en CEMR rapport med en jämställdhetsanalys av anhörigstödet.

Resultatet av aktgranskningen

Vård- och omsorgsförvaltningen ger insatsen *avlösning i hemmet* som är ett biståndsbedömt beslut enligt SoL och LSS. Avlösning för äldre kan ges upp till 20 timmar per månad, avgiftsfritt. Avlösning eller avlösarservice syftar till att ge anhöriga som vårdar och stödjer en närstående avlastning i omvårdnadsarbetet. Insatsen ges i hemmet för att anhöriga ska få tid till annat och samtidigt veta att den närstående får hjälp och stöd på ett tryggt sätt.

Fokus för medborgarfunktionens aktgranskningar 2021 var att säkerställa att utredningar om nya beslut om avlösning inom äldreomsorgen enligt SoL är rättssäkra. I november 2021 hade totalt 89 personer pågående beslut om avlösning, 56 män och 33 kvinnor. Av dessa fick 20 män och 7 kvinnor beslut under 2021. Antalet beslut om avlösning har minskat från 105 beslut 2020 till 89 beslut 2021.

Granskningen omfattade även 13 nya ärenden där insatsen kontaktperson granskades enligt LSS och SoL, 8 beslut för flickor/kvinnor och 5 för pojkar/män. Sammantaget är 11 beslut bifall (7 enligt LSS och 4 enligt SoL) och 2 avslag. Bland bifallen finns 6 flickor/kvinnor och 5 pojkar/män. Samtliga avslag avser kvinnor. De sökande är i åldrarna 16 - 54 år. Tre sökande är barn, det vill säga upp till 18 år gamla.

Med nya beslut avses ny insats, det vill säga att den enskilde sedan tidigare inte är beviljad insatsen.

Resultat av aktgranskningen visar att utredningarna över lag uppfyller de rutiner som finns kring insatsen, däremot uppfyller de inte helt och håller krav som ställs i lag.

Insatsen avlösarservice beviljas generöst utan djupare bedömning, utredningarna är korta och innehåller flera färdigformulerade fraser. Detta medför att utförare inte har möjlighet att koppla sin genomförandeplan till utredningen/uppdraget. En diskussion har förts kring resultatet av utredningsförfarandet.

En fråga i diskussionerna är vad som behövs i utredning om avlösning. I tio utredningar saknas uppgifter om social livssituation. Detta livsområde kan tyckas vara viktigt eftersom insatsen syftar till att ge en anhörig avlösning. Fortsatt arbete kring detta är om rutinen behöver förtydligas kring vad som ska ingå i utredning om avlösning. Utredningsförfarandet är att innehållet i utredningen ska utgå från syftet/målet med insatsen. Bedömningar i förhållande till lagstiftning-

arnas portalparagrafer (tillgodosett på annat sätt/kan tillgodoses på annat sätt) behöver utvecklas.

Kvalitetssäkring av social dokumentation

Sedan 2018 gör de så kallade dokumentationsstödjarna kvalitetsgranskningar av den sociala dokumentationen på enheterna, som en form av egenkontroll. Med social dokumentation menas genomförandeplaner och utförarnas genomförandejournal. Denna dokumentation är lagstadgad och är av stor vikt för att kunna ge ett individuellt anpassat stöd. Ofta görs granskningen tillsammans med den som skrivit genomförandeplanen, för att det ska ingå i en lärande process. En ny granskningsmall togs fram inför 2020, nära kopplad till kommunens resultatmål och verksamhetsområdenas planering. Granskningarna mäter dels om olika viktiga områden finns med i genomförandeplanen och genomförandejournalen, men också hur *väl* man i planeringen beskrivit dem. Målet är att genomförandeplanen alltid ska vara ett praktiskt och lättförståeligt arbetsverktyg.

Under 2021 fanns inga övergripande verksamhetsplaner för att göra granskningar. Verksamhetsområdet funktionsstöd har ändå gjort 89 kvalitetsgranskningar av brukares sociala dokumentation, då man upplever det som ett bra verktyg för att gå igenom brukares situation, till exempel på kvalitetsråd eller brukarmöten. Ungefär hälften av dessa granskningar har gjorts inom Barn och ungdom LSS, resten på grupp- och servicebostäder, resurscenter och boendestöd. Resultatet av granskningarna visar på att dessa verksamheter reflekterar mycket över hur man på ett bra sätt ska dokumentera och arbeta med brukares önsningar om aktiviteter och målsättningar, att journalföra på ett korrekt sätt, vara noggranna med att uppdatera genomförandeplanerna och upprätta dem. Det finns även reflektioner kring hur man ska jobba med måltidssituationen för brukare, och få in nattperspektivet på ett bra sätt i dokumentationen.

Eftersom samma underlag för granskning nu har använts två år i rad, går det att börja titta på resultaten över tid, i alla fall för utvecklingen på verksamhetsområdet funktionsstöd. Framför allt verkar granskningarna peka mot att man blivit bättre på att beskriva brukarnas individuella behov när det gäller bemötande och trygghet, vilket också varit ett av målen som lagts stor vikt vid.

Under 2021 har utredare även gjort ett antal stickprov för att granska de externa LOV-utförarnas dokumentation. Resultaten av dessa pekar mot att man uppfyller de krav som ställs i fråga om att ha aktuella och utförliga genomförandeplaner och journalföring enligt SoL. Förbättringsområden handlar om att arbeta mer med uppföljning av de individuella planerna, så att genomförandeplanerna svarar ännu bättre mot den aktuella situationen.

Värdegrundsarbete 2021

Utifrån den uppföljning som genomfördes av ledningsorganisationen trädde den nya organisationen i kraft 1 januari 2020. I uppföljningen hade ett behov av förbättringar inom området värdegrund uppmärksammats. Under tidig höst 2021 skapade två medarbetare ett utbildningsmaterial. Sedan utbildade de tidigare och blivande värdegrundsledare samt chefer inom äldreomsorg, funktionsstöd, förvaltningskontoret samt vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp. Dessa var engagerade och arbetade i grupper om 4 - 6 personer per gång. Tillfällena var 2,5 till 3 timmar långa. Nämndordföranden fick en kortare utbildning. De värdegrundsledare som fick utbildning först har fått en uppföljning på två timmar. Sammanlagt har cirka 100 personer fått utbildning i värdegrund och arbetet fortsätter under 2022.

Fjärrtillsyn

Fem kameror för fjärrtillsyn nattetid hos brukare i eget boende har varit i drift sedan sommaren 2021. Flera olika brukare har använt kamerorna eftersom behovet växlar. Förvaltningens rapport *Pilotstudie fjärrtillsyn 2021* stöder att digital tillsyn införs som standard. De brukare som har testat fjärrtillsyn är nöjda.

Digital signering

För att minska antalet läkemedelsavvikelser har förvaltningen initierat digital signering. I mars 2021 började de första enheterna och i december 2021 signerade sju enheter digitalt. En riktlinje för digital signering är skriven. Implementeringen sker stegvis för att it-avdelningen och berörda på de enheter som startar ska identifiera problem. Dessa problem kan då lösas innan nästa enhet börjar signera digitalt. Implementeringsarbetet dokumenteras löpande i förvaltningens rapport "*Digital signering - test och implementering i rutinarbete*". Förvaltningens rapport "*Implementera digital signering - omvårdnads- och legitimerade medarbetares synpunkter*" redovisar intervjuer med medarbetare som har börjat signera digitalt. Under 2022 ska alla enheter implementera digital signering.

Klagomål och synpunkter

Två gånger per år redovisas klagomål och synpunkter för vård- och omsorgsnämnden. Kommunikering och åsikter kring planering av enskilda brukares beviljade insatser, som ibland tangerar till att vara synpunkter, finns inte med i redovisningen. För mer info om detta område hänvisas till dessa rapporter.

Avvikelser

En *avvikelse* är i det här sammanhanget en intern avvikelse rapport som inkommit i förvaltningens verksamhetssystem Treserva. Avvikelser till och från externa aktörer, till exempel Regionen, tas alltså inte upp här. Däremot finns avvikelser som rapporteras och bearbetas inom den externa hemtjänsten enligt Lagen om valfrihet (LOV) med. Avvikelser, eller risk för avvikelse, kan rapporteras av alla i organisationen. 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 skall saker som påverkar personal, till exempel brister i arbetsmiljöförhållanden, inte rapporteras här utan som *tillbud* eller *arbetssskador*, i ett annat system. Denna gränsdragning är inte alltid självklar. Rekommendationen brukar vara att rapportera som en avvikelse i de fall man är osäker, och sedan kan den som bearbetar avvikelsen ta ställning till om det är en avvikelse eller inte.

Under 2018 till 2020 har avvikelsehanteringen varit ett prioriterat område på förvaltningen. Personal har uppmuntrats att skriva avvikelser och vikt har lagts vid hur avvikelser skall utredas och hanteras, som ett led i det övergripande kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9. När det gäller 2021 har verksamhetsområdena gjort övergripande analyser för tertiäl 1, delår och helår på ett gemensamt och strukturerat sätt med tillhörande handlingsplaner. För kvalitetsberättelsen fokuseras på de analyser som gjorts delår och tertiäl, då analyserna för helåret och uppföljningen av tidigare åtgärdsplaner ännu inte är färdiga.

Totalt sett har förvaltningen 2021 något fler avvikelser än 2020. 3897 avvikelser inrapporterades, och 2689 har bearbetats och avslutats vid årets slut. Det ger en bild av hur många avvikelser som hanteras av enhetschefer och legitimerad personal i verksamheten. Inom äldreomsorgen samt socialpsykiatri rapporteras och bedöms avvikelser enligt SoL. Inom verksamhetsområdet funktionsstöd, det vill säga gruppboheter, serviceboheter, personlig assistans, daglig verksamhet samt barn och ungdom, rapporteras och bedöms avvikelser enligt LSS. I statistiken ingår även avvikelser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). En djupare analys kring avvikelser som rör hälso- och sjukvård återfinns i patientssäkerhetsberättelsen.

Statistiken i tabellen nedan togs fram ur verksamhetssystemet den 3 januari 2021. Kolumnen "Ej bedömd" betyder att det vid årsskiftet fanns avvikelser där val av lagrum och allvarlighetsgrad ännu inte gjorts, och bearbetning i systemet ännu inte är genomfört. Av samtliga avvikelser under 2021 står 990 avvikelser som ej bedömda. Andelen ej bedömda avvikelser som är rapporterade som HSL-avvikelser är 422 st. Merparten av dessa avvikelser är från årets sista tre månader, främst december. Det är framför allt tre enheter som har betydligt högre grad av ej bear-

betade avvikelser. Av de avvikelser som finns i systemet vid utgången av 2021, avslutade eller under bearbetning, har 2681 stycken minst en åtgärd registrerad.

Totala antalet avvikelser per verksamhetsområde för helår 2020 och 2021

Verksamhetsområde 2020	LSS	HSL	SoL	SoL/HSL LSS/HSL	Ej bedömd	Totalt	Varav avslutade
Funktionsstöd	168	352	38	7	112	677	407
Förvaltningskontor*		246	76	14	46	382	298
Äldreomsorg		1007	726	151	634	2518	1736
Totalt	168	1605	840	172	792	3577	2441

Verksamhetsområde 2021	LSS	HSL	SoL	SoL/HSL LSS/HSL	Ej bedömd	Totalt	Varav avslutade
Funktionsstöd	325	436	71	29	210	1 071	757
Förvaltningskontor*		297	57	4	38	396	312
Äldreomsorg		1 002	592	94	742	2 430	1 620
Totalt	325	1 735	720	127	990	3 897	2 689

* Under Förvaltningskontoret ligger hälso- och sjukvårdsorganisationens avvikelser. Där ligger även avvikelser som rapporterats på och utretts av externa hemtjänstutförare. De externa utförarnas avvikelshantering har diskuterats på samarbetsträffar med respektive företag under 2021. Vid utgången av 2021 hade de två stora externa utförarna inga oavslutade avvikelser alls. Endast två avvikelser härrör från förvaltningens egen Medborgarfunktion.

De största avvikelseområdena för förvaltningen under 2021 (fallande skala)

Avvikelseområde	Antal
Läkemedel	1 333
Insatser/omvårdnad	821
Fall	700
Fysisk miljö, utrustning och teknik	218
Dokumentation/Information	217
Organisation/Arbetsrutiner	163
Våld och övergrepp	149
Klagomål/Synpunkt	75
Bemötande	50

Avvikelser som rör läkemedel och fall analyseras mer ingående i patientsäkerhetsberättelsen. Under 2022 kommer det som kallas "digital signering" att införas i verksamheterna, och syftar till att hanteringen av läkemedel förbättras. Fall rapporteras som avvikelser i syfte att ta fram fallförebyggande åtgärder. Detta hanteras även i systemet Senior Alert inom äldreomsorgen. Inom vissa verksamheter går det att se att många fallavvikelser har att göra med ett fåtal personer som faller många gånger.

Insatser/omvårdnad är olika avvikelser som till exempel rör att insatser blivit försenade eller uteblivit.

Våld och övergrepp är ett område som innefattar både sånt som fysiska, psykiska och ekonomiska övergrepp där en brukare blir utsatt. Det finns felaktiga rapporter i statistiken som rör att personal skall ha blivit utsatta för övergrepp av brukare. Majoriteten av de inrapporterade avvikelserna inom detta område (118 st) kommer från verksamhetsområdet funktionsstöd. Under 2019 och 2020 utreddes ett antal händelser på området, vilket ledde till att ett kunskaps- och metodutvecklingsmaterial (Kompetenspusslet) togs fram och började användas under 2021. Detta har i sin tur lett till att bemötandefrågor uppmärksammas mer, och kan ha lett till att fler avvikelser rapporteras.

Klagomål och synpunkter rör sådant som inkommit från brukare eller utomstående till förvaltningen. De skall i första hand lämnas via kommunens övergripande system för klagomål och synpunkter. Men 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 klagomål/synpunkter som inkommer via synpunktshanteringen och är kopplade till brukarärenden läggs in i verksamhetssystemet, för att de ska kunna bearbetas och följas upp där av ansvarig chef. I siffran 75 st ingår alltså olika former av klagomål/synpunkter. Dels såna som inkommit via kommunens klagomål/synpunktshantering och sådana som kommit in direkt via avvikelserapporteringen.

Åtgärder för förvaltningens avvikelser under 2021 (fallande skala)

Åtgärder	Antal
"Tom" - åtgärd ännu ej satt eller "Ingen avvikelse"	1 153
Arbetsplatsdiskussion	1 059
Kontakt sjuksköterska	313
Övrigt	298
Enskilt samtal	226
Ändrade rutiner	102
Rapporterad till enhetschef	68
Arbetsplatsdiskussion + Kontakt sjuksköterska	61
Arbetsplatsdiskussion + Enskilt samtal	51
Risk- och konsekvensanalys/Handlingsplan	50

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.

Avvikelser på enhetsnivå

Det finns framför allt tre enheter som står ut med många ej bearbetade avvikelser, och uppföljning av detta behöver göras under 2022. I vissa fall går det att koppla till chefsbyten och eftersläpning. Vid chefsbyten och nyanställningar får nya chefer en två timmars genomgång om lex Sarah och avvikelshantering, med möjlighet till återkoppling efter en tid. Det finns även några verksamheter som har mycket få "ej bedömda" avvikelser, där alla avvikelser är antingen under bearbetning eller avslutade, trots att vissa stora enheter har många avvikelser. Fortsatt arbete behöver göras med att säkerställa att avvikelshantering ligger i fas på alla enheter. Särskilt behöver samarbete mellan legitimerad personal och enhetschef beaktas för att löpande kunna hantera läkemedelsavvikelser.

Åtgärder och uppföljning av avvikelser

Under 2021 har arbete påbörjats med att rensa bland, förändra och uppdatera de olika åtgärderna som går att välja på i avvikelshantering. Dessa ska bli mer användbara och uppföljningsbara, genom att styras mer mot faktiska åtgärder än processen kring utredningen.

Först på femte plats bland de vanligaste åtgärderna kommer åtgärder som tydligt rör förändringar i arbetssätt eller riktade åtgärder utifrån den specifika avvikelserna. På verksamhetsområdet funktionsstöd har dock riskanalys med tillhörande handlingsplan blivit mer förekommande. De andra åtgärderna handlar, utifrån vad vi sett i arbetet med avvikelshantering, mer om utredning eller om åtgärder som i vilket fall behöver vidtas. Åtgärdernas effekt ska bedömas i samband med att de följs upp. En anledning till att många av åtgärderna inte anses gå att bedöma effekten av, skulle kunna vara att de inte är tillräckligt relevanta eller inte har en tydlig koppling till målet med åtgärden. Åtgärderna behöver bli mer precisa och i många fall även kopplas till att fortsätta öka spridningen av goda exempel inom verksamheterna. Från

och med januari 2022 har åtgärderna reviderats något, för att bättre anpassas till uppföljning och konkret förändringsarbete.

Verksamhetsområdenas åtgärdsplaner utifrån övergripande uppföljning av avvikelser

Verksamhetsområdena Funktionsstöd och Äldreomsorg har under 2021 arbetat med åtgärdsplaner som handlat om att lyfta fram rutiner för avvikelshantering, samverkan mellan enhetschefer och legitimerad personal, förbereda inför digital signering för att förbättra läkemedelshanteringen. Stor vikt har lagts vid att jobba med värdegrundsarbete och bemötande. Stor vikt har även lagts vid kompetensutveckling för personal inom funktionsstöd, till exempel att öka kunskapen om lagarna LSS och Socialtjänstlagen. För förvaltningskontoret har åtgärdsplanerna bland annat handlat om att se över möjligheterna att kunna fördela avvikelser rätt inom organisationen.

Lex Sarah

All personal inom vård- och omsorgsförvaltningen har en rapporteringsskyldighet enligt lex Sarah. Utredare på förvaltningen utreder lex Sarah-rapporterna. Verksamhetschef för myndighets- och specialistfunktionen 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

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Allvarligt missförhållande	2	5	5	1	4	2	3
Påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande	4	1	0	0	1	0	0
Missförhållande	3	2	6	5	7	2	3
Påtaglig risk för ett missförhållande	1	2	0	1	0	0	2
Totalt	10	10	11	7	12	4	8

Antal lex Sarah-rapporter som efter utredning inte betraktas som ett missförhållande eller risk för ett missförhållande

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Totalt	10	2	2	4	5	5	4

Under 2021 inkom 112 lex Sarah-rapporter. Det är avvikelser i verksamhetssystemet där personal kryssat i att avvikelserna kan vara föremål för en lex Sarah utredning. Vid flertalet av dessa kunde det omgående eller efter en kortare utredning konstateras att dessa händelser inte utgör ett missförhållande och ingen utredning enligt lex Sarah inleddes. I några fall har många rapporter som inkommit som rör samma ärende, till exempel situationen på en hemtjänstenhet. Dessa rapporter har då slagits samman till en utredning. Sammantaget har förvaltningen gjort 12 utredningar. Tre ärenden bedömdes som ett allvarligt missförhållande och tre som missförhållande. Fyra ärenden bedömdes inte utgöra något missförhållande.

Lex Sarah ärendena 2021 har handlat om (ett ärende kan ha berört flera områden):

- Ekonomiskt övergrepp - 5 stycken
- Brister i bemötande från personal – 4 stycken
- Brister i organisation, ej utförda insatser – 1 stycken
- Brister i insatser och omvårdnad – 1 stycken
- Oetisk fotografering 1 stycken

Den högre siffran för missförhållande eller risk för missförhållande jämfört med året innan beror delvis på ett par fall med påtaglig risk för missförhållande. Typ av missförhållande skiljer mycket mellan 2021 och året innan. Nästan hälften av utredningarna 2021 gällde ekonomiska övergrepp, jämfört med en året innan.

Exempel på åtgärder under 2021 med anledning av lex Sarah-utredningarna var att utredare uppdaterade rutinen om brukares privata medel. Det är stor vikt att denna implementeras under 2022. Dessutom har vikten av att göra riskanalyser inför sommarsemestrarna när många nya vikarier är i tjänst uppmärksammas. Två ärenden anmäldes till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I båda fallen beslutade IVO att ärendet avslutas och att IVO inte kommer att vidta några ytterligare åtgärder. Skälen för besluten var att nämnden fullgjort sin utrednings- och anmälningskyldighet i enlighet med 14 kap. 6-7 §§ SoL (2001:453). IVO bedömde att utredningen visade att nämnden har vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa missförhållandet, identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade samt vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen.

Tillsynsbesök från Inspektionen från vård och omsorg (IVO)

Vård- och omsorgsförvaltningen var under 2021 föremål för extern granskning. Granskningen rörde förvaltningens hantering av corona-pandemin på särskilda boenden för äldre. Resultatet av granskningen hanterades under början av 2021 och förvaltningen presenterade det i ett svar till IVO. Under hösten 2021 förberedde förvaltningen ytterligare ett svar till IVO om hur vidtagna åtgärder har följts upp och vilken effekt de har haft eller hur de planeras att följas upp.

Ett lex Sarah-ärende som rörde bristande bemötande på en gruppbostad följdes upp av IVO med en tillsyn. Tillsynen godkändes utifrån att åtgärder vidtas både på den enskilda gruppboenden och allmänt inom verksamhetsområdet funktionsstöd.

Risikanalyser

Vid förändringar av befintlig verksamhet eller personalförändringar ska risk- och konsekvensanalyser inklusive handlingsplan genomföras.

Under 2021 har risk- och konsekvensanalyser samlats in centralt på förvaltningen, vilket inte gjorts tidigare, och 26 stycken har inkommit. I vissa fall har analyserna en handlingsplan kopplad till sig, i andra fall ligger handlingsplanen separat. Under 2021 var de allra flesta risk- och konsekvensanalyserna relaterade till coronapandemin. De flesta gjordes på enhetsnivå men några var förvaltningsövergripande. En erfarenhet är att trots att det finns ett standardiserat material för risk- och konsekvensanalys som ska användas, så gör verksamheterna ganska olika. Att risk- och konsekvensanalys tillämpas konsekvent i verksamheterna är ändå en god utveckling.

Förbättringsområden för kommande år

Nedan redovisas ett urval av de viktigaste målen och aktiviteterna framåt för förvaltningens kvalitetsarbete.

Utveckling av kvalitetsledningssystemet

- Processkartläggning och processutveckling, och att detta arbetssätt sprids i verksamheterna. För att det ska vara användbart för medarbetarna ska det finnas tillgängligt på eller via intranätet.
- Revidering av rutiner utifrån ett processinriktat synsätt.
- Implementering av nytt övergripande styrdokument för ledningssystem för kvalitetsarbete och kvalitetsuppföljning
- Fortsätta arbetet med risk- och konsekvensanalys på olika nivåer, och i olika sammanhang.

Social dokumentation

- Ta beslut om i vilken utsträckning som IBIC ska implementeras i förvaltningen som helhet.

Fortsätta arbetet med värdegrunden och kompetensutveckling

- Fortsätta utbildningssatsning kring värdegrund för medarbetare.
- Fortsätta utbildningssatsningen "Kompetenspusslet" inom verksamhetsområdet funktionsstöd.



Förslag till ledningssystem för kvalitet inom vård- och omsorgsförvaltningen

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden fastställer det reviderade styrdokumentet Ledningssystem för kvalitet, version 2, att gälla från 1 januari 2022.

Sammanfattning av ärendet

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft 1 januari 2012. Enligt föreskriften ska vård- och omsorgsnämnden som dels är vårdgivare, dels bedriver socialtjänst och dels bedriver verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ansvara för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsledningssystem antogs första gången av vård- och omsorgsnämnden 25 oktober 2012, § 122. Detta styrdokument är den andra reviderade upplagan. Under de senaste fem åren har ett omfattande förbättringsarbete kring vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsledningssystem bedrivits. Detta förändringsarbete har resulterat i att styrdokumentet för kvalitetsledningssystemet behöver revideras.

I styrdokumentet beskrivs syftet med ledningssystemet, hur ansvar och roller är fördelade, ledningssystemets grundläggande uppbyggnad med processer och rutiner samt hur arbetet med uppföljning, riskanalyser, avvikelser och ständiga förbättringar ska genomföras.

Förändringar från tidigare

Styrdokumentet har omarbetats och beskriver nu konkret hur vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet är uppbyggt. Styrdokumentet tydliggör hur ledningssystemet integreras med Katrineholms kommuns befintliga styrsystem.

Styrdokumentet är anpassat efter dagens organisation och tydliggör hur verksamheten ska arbeta processororienterat för att ge vård, omsorg, stöd och service av god kvalitet. Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet består av de processer och styrdokument som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten. I styrdokumentet visualiseras förvaltningens kvalitetsledningssystem genom ett förbättringshjul. Förbättringshjulet är grunden i uppbyggnaden av ledningssystemet och det systematiska förbättringsarbetet. Genom förbättringshjulet skapar vård- och omsorgsförvaltningen systematik i hur vi planerar, genomför, följer upp och förbättrar vår verksamhet.

Precis som tidigare beskrivs hur ansvar och roller i ledningssystemet för kvalitet är fördelade. En ny funktion, kvalitetsstrategi, inrättades 2020. Denna har i uppdrag att fungera

som controller för det systematiska kvalitetsarbetet gällande det sociala arbetet inom äldreomsorgen och verksamhet för personer med funktionsnedsättning. Kvalitetsstrategen, tillsammans med ledning och andra specialistfunktioner, har på en övergripande nivå i uppdrag att förvalta, utveckla och följa upp kvalitetsledningssystemet.

Ekonomiska konsekvenser

Vård- och omsorgsförvaltningen kommer att införa ett nytt digitalt systemstöd för att styra verksamheten enligt kvalitetsledningssystemet. Detta kommer att göras genom att visualisera processer, ansvar och roller, krav på samverkan, riskområden samt förtydligade kopplingar till styrdokument. Införandet av systemstödet kommer medföra en årlig kostnad på cirka 51 800 kronor. Finansieringen av systemstödet föreslås tas från vård- och omsorgsnämndens befintliga budgetram. Arbetet med processkartläggning och systemstöd kommer att bestå av befintliga medarbetare.

Revideringen av vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsledningssystem beräknas innebära tillfälligt utökade resurser under uppstartfasen för uppbyggnaden och implementeringen av det reviderade ledningssystemet. Under uppstart 2022 beräknas arbetet uppta minst 0,5 årsarbetare inräknat i kvalitetsstrategens arbete. Vidare kommer resurser från verksamheterna behövas som arbetar målinriktat under kortare perioder för att beskriva och utveckla processområden som kräver detaljkunskap om verksamheten. Detta är medarbetare som redan nu i sina uppdrag arbetar med ständiga förbättringar, tar fram processer och styrdokument, kvalitetsberättelse och patientberättelse med mera. Dessa medarbetare kommer därefter kontinuerligt arbeta med ledningssystemets fortlöpande implementering, förvaltning, utveckling och uppföljning.

Ärendets handlingar

- Förslag till revidering av styrdokument Ledningssystem för kvalitet inom vård- och omsorgsförvaltningen, 2022-02-04

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Lars Carlberg
Utredare

Beslutet skickas till: Ledningsgruppen, personal via intranätet, akten

Förslag

Ledningssystem för kvalitet

Vård- och omsorgsförvaltningen

Datum: 2022-02-04

Handläggare: Emma Odén och Lars Carlberg

Dnr: VON/2021:75-012

Dokumentinformation

Beslutshistorik

Antagen av vård- och omsorgsnämnden

- 2012-10-25, § 122, version 1.

Reviderad av vård- och omsorgsnämnden

- 2022-02-24, § X, version 2.

Giltighet

Gäller från och med 2022-01-01

Gäller till och med: Tills vidare.

Förvalterskap¹

Inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

Kategori

- Anvisningsdokument

Uppföljning

Hur: Översyn av dokumentet

När: Vid behov.

¹ Förvalterskapet innebär ansvar för att:

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

Innehåll

Dokumentinformation	2
Om kvalitetsledningssystem	4
Inledning	4
Varför ett ledningssystem för kvalitet?.....	4
Vård- och omsorgsförvaltningens organisation.....	4
Vad är god kvalitet i vård- och omsorgsförvaltningen?.....	5
Ledningssystem för kvalitet – grundläggande uppbyggnad.....	6
Ledningssystemet för kvalitet innebär.....	7
Ansvar och roller i ledningssystem för kvalitet	8
Vård- och omsorgsnämnden.....	8
Förvaltningschef.....	8
Verksamhetschef	9
Enhetschef	9
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	10
Kvalitetscontroller.....	10
Medarbetare, alla funktioner	10
Personalens medverkan i kvalitetsarbetet	11
Katrineholms medarbetarskaps- och ledarskapsprofil	11
Planera	12
Så planerar vi vår verksamhet för att uppnå vision och mål.....	12
Lagkrav som styr verksamhetens kvalitetsarbete	12
Verksamhetens egna mål och kvalitetskriterier.....	12
God kvalitet utifrån brukare och patient	13
Processer och rutiner	14
Samverkan i processerna	15
Genomföra.....	16
Leda och arbeta i enlighet med processer och rutiner.....	16
Synpunkter, avvikelser, lex Sarah och lex Maria.....	16
Följa upp.....	18
Riskanalys	18
Egenkontroll	18
Sammanställning av synpunkter och avvikelser.....	20
Förbättra	21
Dokumentation av arbetet med ledningssystem för kvalitet	22
Dokumentstyrning.....	22
Uppföljning och revidering av styrdokument	22
Externa utförare.....	22

Om kvalitetsledningssystem

Inledning

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete trädde i kraft 1 januari 2012. Enligt föreskriften ska vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ansvara för att det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Kravet på ett ledningssystem gäller både myndighetsutövning vid handläggning och för verksamheter som verkställer insatser.

Det här styrdokumentet beskriver konkret hur vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet är uppbyggt. Det utgör ramverket för ledningssystemet. I dokumentet beskrivs hur kvalitetsledningssystemet fungerar och hänger ihop med den övergripande verksamhetsstyrningen. Ledningssystemet är integrerat med befintliga system för målstyrning och verksamhetsplanering enligt Katrineholms kommuns styrsystem.

Målet med ledningssystemet är att rätt insats görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt, varje dag, för de vi finns till för. Chefer och medarbetare ska förstå och aktivt delta i det systematiska kvalitetsarbetet så att vård, omsorg, stöd och service ska vara av god kvalitet. Genom detta dokument får alla medarbetare inom förvaltningen en överblick av verksamhetens kvalitetsarbete och information om vad som förväntas av medarbetarna.

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.

Vård- och omsorgsförvaltningens organisation

Styrdokumentet gäller för vård- och omsorgsförvaltningen i Katrineholms kommun. Vård- och omsorgsförvaltningen styrs av vård- och omsorgsnämnden. Kommunfullmäktige beslutar om vilka ansvarsområden vård- och omsorgsnämnden har i ett nämndreglemente. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, samt insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar även för hälso- och sjukvård i ordinärt boende från 18 år samt ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende, boendestöd, dagverksamhet och daglig verksamhet. I detta ingår även betalningsansvar enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. När nämnden bedriver hälso- och sjukvård är den vårdgivare för den verksamheten. I vård- och omsorgsnämndens uppdrag ingår även prövning 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.

Vård- och omsorgsförvaltningen består av förvaltningschef, verksamhetsområdena äldreomsorg, funktionsstöd och förvaltningskontoret.

Området äldreomsorg består av hemtjänst, särskilt boende för äldre och dagverksamhet för äldre.

Inom området funktionsstöd finns korttidsboende, ledsagarservice, bostad med särskild service för vuxna, daglig verksamhet, daglig sysselsättning, korttidsvistelse, kontaktperson, ledsagarservice, avlösarservice och personlig assistans.

I förvaltningskontoret ingår hälso- och sjukvårdsverksamheten, medborgarfunktionen och lednings- och verksamhetsstöd. Medborgarfunktionen består av myndighetsutövning, förebyggande stöd och service i form av öppen verksamhet för anhörigstöd och personliga ombud.

Den allra största delen av verksamheterna inom vård- och omsorgsförvaltningens drivs i egen regi. Lagen om valfrihetssystem (2008:962) tillämpas för fritt val av utförare inom hemtjänst.

Vad är god kvalitet i vård- och omsorgsförvaltningen?

Insatser inom vård och omsorg ska vara av *god kvalitet*.² Kvalitet är ett mångtydigt begrepp som används i många olika sammanhang. En definition av begreppet är att det ska spegla alla egenskaper hos en produkt eller tjänst som ger förmågan att tillfredsställa uttalade eller underförstådda behov. Kvalitet kan uttryckas som förhållandet mellan förväntan och upplevelse eller mellan mål och utfall. God kvalitet inom vård- och omsorgsförvaltningen definieras utifrån tre perspektiv:

- Uppfyllelse av krav och mål som gäller för verksamheten enligt tillämpliga lagar, förordningar och föreskrifter.
- Verksamhetens egna mål och kvalitetskriterier.
- Upplevelsen av god kvalitet från brukare/patienter.

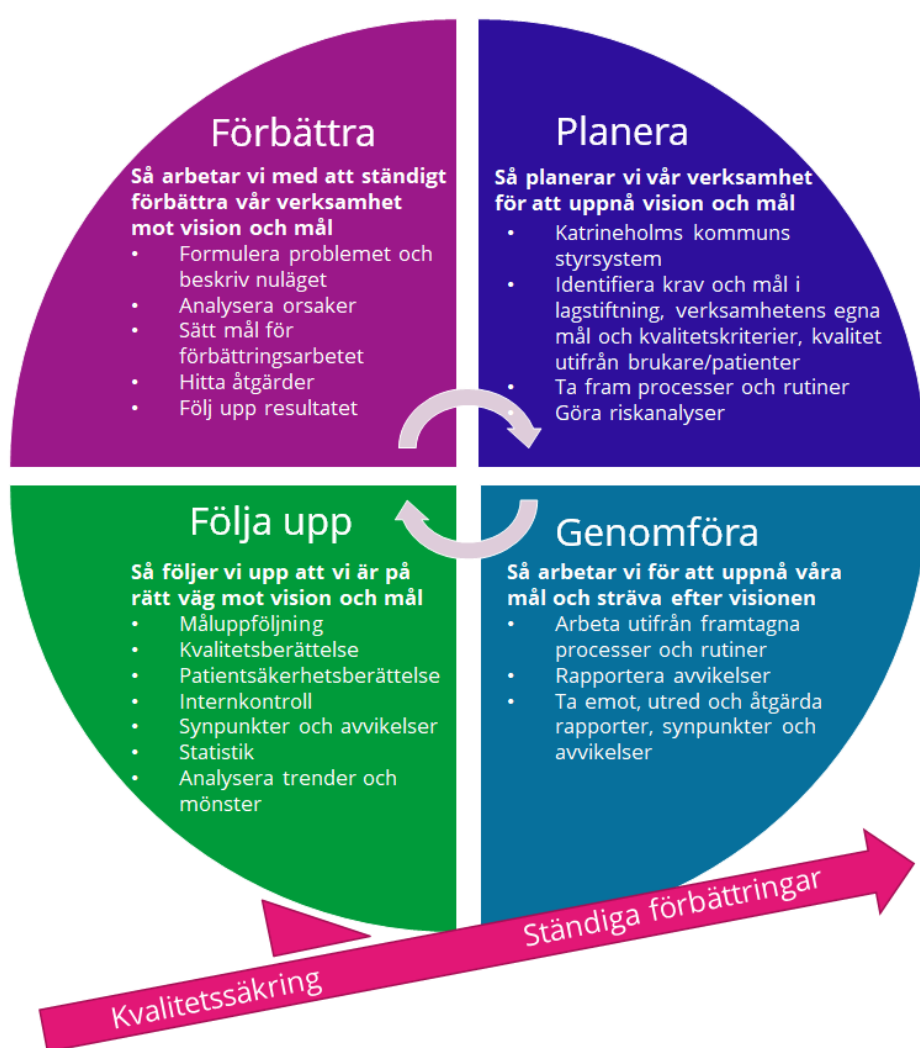
Vård och omsorg är en relationell verksamhet där värde och god kvalitet skapas i mötet mellan brukaren och medarbetaren. Nedan redovisas utgångspunkter för vad som är god kvalitet i en personcentrerad vård och omsorg.

- **Individanpassad**
Vård och omsorg ska ges utifrån individens specifika behov och förutsättningar som innefattar helhetssyn, samordning, självbestämmande, delaktighet, integritet, trygghet, frivillighet och respekt.
- **Jämlik**
Vård och omsorg ska vara trygg samt erbjudas och fördelas på lika villkor för alla.
- **Kunskapsbaserad**
Vård och omsorg ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, vetenskap och beprövad erfarenhet. Personalen har relevant kompetens och erfarenhet.
- **Säker**
Vård och omsorg ska vara rättsäker, säker, förebygga risker och förhindra skador.
- **Tillgänglig**
Vård och omsorg ska vara tillgänglig, ha kontinuitet och ges i rimlig tid. Det krävs också att den som har det största behovet av vård ges företräde.

² Utgångspunkten är från målen för vad som är god vård och omsorg. Begreppet god vård utgår från bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, samt tandvårdslagen (1985:125), TL. Dessa anger att hälso- och sjukvården och tandvården ska bedrivas så att de uppfyller kraven på god vård och tandvård. Äldreomsorgen och verksamhet för personer med funktionsnedsättning utgår från begreppet god kvalitet som det anges i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Ledningssystem för kvalitet – grundläggande uppbyggnad

Kvalitetsarbete är att ständigt göra verksamheten bättre och använda resurserna på bästa sätt. Vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet består av de processer och styrdokument som behövs för att säkra kvaliteten i verksamheten. Vi utgår ifrån förbättringshjulet för att skapa systematik i hur vi planerar, genomför, följer upp och förbättrar vår verksamhet. Förbättringshjulet är grunden i uppbyggnaden av ledningssystemet och det systematiska förbättringsarbetet och kan delas in i fyra faser: **Planera – Genomföra – Följa upp – Förbättra**. Kilen på bilden nedan illustrerar att det är viktigt att säkra kvaliteten, så att vi inte gör samma fel igen. På så sätt skapas ständiga förbättringar.



Figur 1. Visualisering av vård- och omsorgsförvaltningens ledningssystem för kvalitet

Ledningssystemet för kvalitet innebär

1. Planera

Identifiera kraven och målen i lagstiftningen. Politiken tydliggör vad som ska uppnås genom att ta beslut om visioner och strategier, och sätter mål där det framgår vilka resultat och effekter som ska uppnås. Vi identifierar kvalitet utifrån brukare och patienter. Målen ligger till grund för verksamhetsplaner där verksamheten identifierar och bestämmer hur processerna behöver se ut för att nå målen och uppfylla krav.

2. Genomföra

Medarbetarna arbetar enligt fastställda processer och rutiner, och genomför aktiviteterna som finns angivna i verksamhetsplaner. Om medarbetare upptäcker fel och brister från det fastställda arbetssättet skrivs avvikelser, rapporteras missförhållanden (lex Sarah) och vårdskador (lex Maria). Dessa ska utredas, dokumenteras och avhjälpas eller undanröjas. Synpunkter och klagomål tas emot från de vi finns till för och från andra aktörer.

3. Följa upp

Information samlas in för att se om målen är uppfyllda. Resultaten av våra arbetssätt följs upp och analyseras.

4. Förbättra

Blev inte resultatet som det var tänkt? Då startar vi ett förbättringsarbete. Dessa åtgärder förs sedan in i planeringsarbetet på nytt, så att erfarenheterna från uppföljning och åtgärder tas till vara. På så sätt skapas ständiga förbättringar. Uppnåddes målsättningarna? Då firar vi och arbetar för att sprida och bibehålla de goda resultaten.

Ansvar och roller i ledningssystem för kvalitet

Det är alltid vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som har ansvaret för att det finns ett ledningssystem. Ansvaret kan inte överlåtas. Samtidigt är kvalitet ett personligt åtagande, där varje chef och medarbetare har ett ansvar för kvaliteten i sitt eget arbete. Alla ansvarar för att delta i det systematiska kvalitetsarbetet. De enskilda medarbetarna är en viktig tillgång i arbetet med att kvalitetssäkra verksamheten (SOSFS 2011:9 6 kap 1-3 §).

Det ska vara tydligt hur uppgifterna i det systematiska kvalitetsarbetet är fördelat i verksamheten. Ett välfungerande kvalitetsarbete förutsätter att det finns en ansvarsfördelning och befogenheter för att implementera, utveckla och vidta åtgärder för att säkra verksamhetens kvalitet.

Oavsett i vilken nivå som man befinner sig i organisationen ansvarar chefer för att leda och fördela kvalitetsarbetet i enlighet med nämndens direktiv. Chefer ansvarar för att bevaka verksamhetens resursbehov för att säkerställa kvaliteten på kort och lång sikt, samt organisera verksamheten. Chefer och medarbetare på alla nivåer ska vara förtrogna med gällande regelverk inom sina områden, samt samverka med andra aktörer och professioner för att säkerställa kvaliteten inom verksamheten i stort.

Vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för ledning, styrning och uppföljning av vården och omsorgen inom vård- och omsorgsnämndens verksamhetsområde samt för att inrätta ett ledningssystem för kvalitet. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att:

- Besluta om ett ledningssystem som är anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning.
- Med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.
- Fastställa mål för kvalitetsarbetet som är kopplade till åtaganden i den övergripande kommunplanen, samt följa upp och utvärdera dessa mål.
- Se till att tillräckliga resurser finns för att verksamheten ska kunna uppnå fastställda kvalitetsmål.
- Den interna kontrollen är tillräcklig och upprätta internkontrollplan.
- Fastställa en årlig kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

Förvaltningschef

Förvaltningschefen ansvarar för att avsikten med ledningssystemet omsätts i praktisk handling, och rapporterar till vård- och omsorgsnämnden. I Katrineholms kommun är det förvaltningschefen även verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen, och har ett samlat ledningsansvar för att patientsäkerhet och god vård säkerställs. Förvaltningschef ansvarar för att:

- Säkerställa att verksamhetens medarbetare arbetar i enlighet med ledningssystemet.
- Säkerställa att ärenden och underlag kommer till nämnden så att nämnden kan besluta i enlighet med mål, uppdrag, styrande dokument, lagar och förordningar.
- Internkontroll av verksamheten sker systematiskt och kontinuerligt.
- Övergripande samverkansavtal skrivs där så behövs.
- Fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvård bedrivs för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten.

- Hälso- och sjukvård bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamheten fastställda rutiner.
- Se till att resursers användning och bemanning är optimal för att uppnå god och säker vård samt att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- Anmäla hälso- och sjukvårdspersonal som utgör en patientsäkerhetsrisk till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården samt att kontinuerligt samråda med medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).
- Löpande bedöma om det finns risk för att händelser kan inträffa som kan medföra brist i hälso- och sjukvårdens kvalitet, samt ta emot och utreda synpunkter och avvikelser.
- Utöva egenkontroll, följa upp och analysera resultat, samt vidta förbättringsåtgärder som krävs.

Verksamhetschef

Verksamhetschefen har ett strategiskt och samordnande ansvar för sitt verksamhetsområde. Verksamhetschefen har ett samlat ledningsansvar för att säkerställa att sitt område bedriver en vård och omsorg med hög kvalitet och patientsäkerhet. Verksamhetschef ansvarar för att:

- Säkerställa att verksamhetens medarbetare arbetar i enlighet med ledningssystemet och att beslutade processer och rutiner är kända av medarbetarna.
- Medverka i att kartlägga och förbättra processer och rutiner.
- Följa upp och analysera verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten samt vara ett stöd till områdets enhetschefer i kvalitetsarbetet.
- Identifiera risker i verksamheten och besluta om åtgärder för att motverka dessa.
- Åtgärda och förebygga avvikelser och se möjligheter till förbättringar på organisatorisk och strukturell nivå.
- Följa upp åtgärder efter en lex Sarah utredning.
- Dokumentera det löpande systematiska kvalitetsarbetet.
- Årligen bidra med ett sammanhållet underlag om områdets verksamhet till förvaltningens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

Därutöver har verksamhetschef för förvaltningskontoret ansvar för att

- Fatta beslut om händelser som rapporterats som lex Sarah utgör ett allvarligt missförhållande eller påtaglig risk för allvarligt missförhållande eller utgör enbart ett missförhållande, samt om anmälan ska göras till IVO.

Enhetschef

Enhetschefen ansvarar för att:

- Följa upp och analysera verksamheten så att åtgärder kan vidtas för att förbättra verksamheten där så behövs.
- Vara ett stöd till de andra enhetscheferna i kvalitetsarbetet.
- Medverka i att kartlägga och ständigt förbättra processer och rutiner.
- Säkerställa att verksamhetens medarbetare arbetar i enlighet med ledningssystemet och att beslutade processer och rutiner är kända av medarbetarna.
- Bryta ner målen till aktiviteter för verksamheten, förankrade hos medarbetarna.
- Säkerställa att medarbetarna har kompetens för att utföra arbetet med god kvalitet.
- Identifiera risker i verksamheten och besluta om åtgärder för att motverka dessa.
- Ta emot, utreda och åtgärda synpunkter och avvikelser.
- Dokumentera det löpande systematiska kvalitetsarbetet.

- Årligen förse verksamhetschef med ett sammanhållet underlag om enhetens verksamhet till förvaltningens kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har ansvar för att säkerställa och följa upp kvaliteten och säkerheten i den kommunala hälso- och sjukvården. MAS rapporterar till verksamhetschef enligt HSL, alltså förvaltningschefen. MAS ansvarar för att:

- Förvaltningen har system som säkrar patientsäkerheten samt en god och säker vård.
- Bevaka att hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet upprätthålls i den egna verksamheten som kommunen bedriver.
- Planera, leda, styra och kontrollera att verksamheten håller hög patientsäkerhet och god kvalitet.
- Verka för att gällande regelverk blir kända och förankrade hos vårdgivaren.
- Delta i kvalitetsuppföljningar och följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser.
- Säkra rutiner för avvikelser, läkemedelshantering, att dokumentation sker enligt patientdatalagen och att delegeringar av arbetsuppgifter är förenliga med säkerhet för patienterna.
- Det finns system för anmälningar av vårdskador och risk för vårdskador, utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och ska på delegation från nämnden göra en anmälan enligt lex Maria till IVO.
- Ha ett övergripande tillsynsansvar för patientsäkerhet och kvalitet i kommunens hälso- och sjukvård. Utarbeta och följa upp rutiner inom områden som läkemedelshantering, avvikelserapportering, delegering samt att utöva verksamhetstillsyn och säkerställa dokumentation enligt patientdatalagen.
- Samverka och samordna med andra vårdgivare samt att råd och stöd ges till chefer.
- Redovisa resultat och mätningar framtagna ur system och register till verksamhetschef enligt HSL samt nämnd.
- Anordna summeringsmöte för lärande och erfarenheter av kvalitetsarbete tillsammans med kvalitetscontroller.
- Varje år upprätta en övergripande patientsäkerhetsberättelse enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Kvalitetscontroller

Kvalitetscontrollern förvaltar det systematiska kvalitetsarbetet gällande det sociala arbetet inom äldreomsorgen och verksamhet för personer med funktionsnedsättning. Kvalitetscontrollern, tillsammans med ledning och andra specialistfunktioner, har på en övergripande nivå i uppdrag att utveckla och följa upp kvalitetsledningssystemet.

Medarbetare, alla funktioner

Alla medarbetare har ansvar att kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att:

- Känna till och arbeta i enlighet med gällande processer och rutiner för sin funktion.
- Delta i framtagande och vidareutveckling av processer, rutiner och arbetsmetoder.
- Vara lyhörd för synpunkter från dem vi finns till för och föra dem vidare till chef.
- Rapportera och delta i utredning av avvikelser, missförhållanden enligt lex Sarah och vårdskador enligt lex Maria.
- Medverka i risk- och konsekvensanalyser samt handlingsplan.
- Delta i och lämna uppgifter till egenkontroll, kvalitetsregister och liknande.
- Delta i uppföljning och analys av mål och resultat i verksamheten.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet

All personal ansvarar för att utföra insatser med god kvalitet. Rätt kompetens är en förutsättning för att kunna ge en god vård och omsorg och för att medverka i kvalitetsarbetet. Genom allas medverkan och engagemang skapas förtroende och kvalitet i möte med den enskilde, anhöriga och andra aktörer. En viktig del i ledningens arbete är att planera för personalförsörjning och kompetensutveckling, samt efterfråga och ta vara på medarbetarnas synpunkter.

- **Vård- och omsorgsförvaltningen har en idélåda riktad till medarbetare.** Här kan medarbetare lämna idéer om hur vi kan förbättra och utveckla vardagen för brukare/patienter, för personalen eller för andra berörda. Idéerna kan vara för den egna enheten eller hela förvaltningen. Berörd chef har ansvar för att hantera framkomna idéer.

Vård- och omsorgsförvaltningen ska vara en arbetsplats med en bra lärandemiljö. Det innebär att ledningen är stödjande och uppmuntrar utveckling. Arbetsplatsträffar, seminarier och handledning ska vara tillfällen för reflektion och lärande. Nya kunskaper, färdigheter och metoder som inhämtats på utbildningar och kurser ska ges möjlighet att prövas och användas i vardagen.

- **Vård- och omsorgsförvaltningen har kvalitetsråd.** Kvalitetsråd finns både på enhets- och verksamhetsnivå, där chefer och medarbetare ingår. Medarbetare deltar i rollen som kvalitetsombud och utses av chef. Kvalitetsrådets fokus är på uppföljning och analys av enhetens/verksamhetsområdets kvalitetsresultat och mål samt efterlevnad och förståelse av processer och rutiner i den egna verksamheten. Samverkan mellan olika professioner och helhetssyn är en viktig del av kvalitetsråden.

Katrineholms medarbetarskaps- och ledarskapsprofil

Katrineholms kommun har framtagna medarbetarskaps- och ledarskapsprofiler, som syftar till att ge en kommungemensam syn på rollerna medarbetare respektive chef/ledare. Profilerna är en del av Katrineholms kommuns personalpolitiska program som fastställts av kommunfullmäktige. Ledorden för medarbetarskapet handlar om att vara en engagerad del av helheten och bidra till en god arbetsmiljö. Även ledorden för ledarskap handlar om helhetsperspektiv och engagemang, men också om prestigelöshet, självinsikt och mod.



Figur 2. Visualisering av Katrineholms kommuns Medarbetarskaps-och ledarskapsprofil.

Planera

Så planerar vi vår verksamhet för att uppnå vision och mål

I planeringsarbetet fastställs vad som ska uppnås. Under planeringsarbetet görs även omvärldspaning och analys samt risker identifieras och ekonomiska resurser.

Lagkrav som styr verksamhetens kvalitetsarbete

Vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter ska uppfylla lagens olika krav som gäller för verksamheten. Följande lagar, föreskrifter och förordningar har identifierats som de viktigaste som styr vår verksamhet:

- KL, Kommunallagen (2017:725)
- FL, Förvaltningslagen (2017:900)
- SoL, Socialtjänstlagen (2001:453)
- LSS, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
- HSL, Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- PSL, Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlagen (2014:821)
- Patientdatalagen (2008:355)
- Tandvårdslagen (1985:125)
- Lag (2018:1197) om Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Andra styrdokument, rekommendationer och handböcker

Utöver dessa lagar styrs verksamheten av föreskrifter och allmänna råd från framförallt Socialstyrelsen. Exempel på områden som förtydligas genom föreskrifter är handläggning och dokumentation, missförhållanden enligt lex Sarah, värdegrund och kunskapskrav för personal. Verksamheten vägleds även av nationella riktlinjer. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Nationella riktlinjer som berör vård- och omsorgsförvaltningen är till exempel demens och palliativ vård. Handböcker kompletterar Socialstyrelsens författningssamling med fakta, kunskapsunderlag och kommentarer som stöd för rättstillämpningen.

Verksamhetens egna mål och kvalitetskriterier

Vision 2025 - Katrineholm

"I Katrineholm är lust den drivande kraften för skapande och utveckling – för liv, lärande och företagsamhet. Lust är passion, vilja, ambition. Det är också det lustfyllda – det vi lever för och det vi lever av – mat, kärlek, arbete, gemenskap, upplevelser.

Läget är rätt – rätt geografiskt och rätt för handling och förändring."

Vård- och omsorgsförvaltningens kvalitetsarbete utgår från Katrineholms kommuns övergripande vision, mål och värdegrund. Som en bärande del i ledningssystemets ledningsprocesser finns Katrineholms kommuns styrsystem. Ledningssystemet blir en del av kommunens befintliga system för målstyrning och verksamhetsplanering genom att koppla kvalitetsarbetet till resultatmålen. Årshjulet för kvalitetsledningssystemet hänger därför samman med årshjulet för planerings-, budget- och uppföljningsprocessen. Katrineholms kommuns styrsystem utgörs bland annat av vision 2025, de strategiska målen och de årsplaner som politiken beslutar om.

En kommunplan tas fram för varje mandatperiod där det framgår vad politikerna har för målsättningar och prioriteringar för perioden. Kommunplanen ligger till grund för kommunens årliga övergripande plan med budget. I övergripande plan med budget fastställs mål och uppdrag samt ekonomiska ramar för nämnder, bolag och kommunalförbund för det kommande året, med en plan för de två följande åren. Vård- och omsorgsnämnden gör årligen en egen planering för sin verksamhet. Kommunens styrsystem påverkar hur vård- och omsorgsförvaltningen dokumenterar planerade förbättringsaktiviteter och rapporterar utfall av genomförda aktiviteter.

Vård- och omsorgsförvaltningens verksamhetsidé

"Människor med särskilda behov och deras anhöriga är trygga och har förutsättningar att leva som aktiva och självständiga samhällsmedborgare."

Vård- och omsorgsförvaltningens värdegrund

"Alla är lika mycket värda hur olika vi än är."

Vård- och omsorgsförvaltningens arbete vilar på Katrineholms kommuns vision och värdegrund samt förvaltningens egen värdegrund och verksamhetsidé. All verksamhet som bedrivs i Katrineholms kommun vilar på värdegrunden RÖTT: Respekt, Öppenhet, Tydlighet och Tillit. Värdegrunden säkerställs genom att vi som medarbetare är medvetna om och praktiserar vad Katrineholms kommun står för. Medarbetare ska arbeta utifrån värdegrunden oavsett roll, funktion eller position. Värdegrunden ska synas i varje medarbetares agerande och förhållningssätt i de ständiga möten med människor som arbetet består av. Vårt förhållningssätt till varandra ska kännetecknas av respekt för individen och av professionalism. I mötet med människor utgår vi från en humanistisk människosyn. Alla människor har samma värde, samma rätt att påverka sin situation och samma rätt till hjälp och stöd.

Kommungemensamma anvisningar, inriktning och program

Kommunen har också andra styrande dokument för hur verksamheten ska bedrivas som är antagna av kommunfullmäktige. Dessa anger inriktning eller anvisningar om hur vi ska förhålla oss till olika frågor. Dessa dokument kan aldrig stå över de lagar och förordningar som riksdag och regering beslutat om. Exempelvis finns *Handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR*³, anvisningsdokumentet *Kvalitetsarbete med Vård i nära relationer för Katrineholms kommun* och inriktningsdokumentet *Måltidspolitiskt program*.

Länsgemensamma strategier, överenskommelser och program

Förutom de styrande planer som finns för kommunen finns även länsgemensamma överenskommelser och program som planeringen ska förhålla sig till. Exempelvis finns *Länsgemensam strategi i samverkan för stöd till anhöriga* och *Länsgemensamt program för vård och omsorg om personer med demenssjukdom*. Överenskommelser kring samverkan finns exempelvis med regionen Sörmland och länets kommuner genom riktlinjen *Trygg hemgång och effektiv samverkan*.

God kvalitet utifrån brukare och patient

De vi finns till för har rätt att få vård, omsorg, stöd och service av god kvalitet. Den enskildes upplevelse av bemötande och delaktighet är viktigt i detta perspektiv. Brukare och patienter ska ges möjlighet att vara delaktiga i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det kan ske i mötet mellan medarbetaren och den enskilde, vid verksamhetens informations-träffar eller vid boendemöten med brukare och anhöriga. På förvaltnings-övergripande nivå genomförs brukarundersökningar och samverkan med kommunala pensionärsrådet, funktions-

³ I februari 2017 undertecknade Katrineholms kommun den europeiska deklarationen för jämställdhet, CEMR (Council of European Municipalities and Regions).

rättsrådet, frivilligorganisationer och föreningar. Vård- och omsorgsförvaltningens ambition är att verksamhetsutvecklingen och kvalitetsarbetet ska ske så nära brukarna som möjligt.

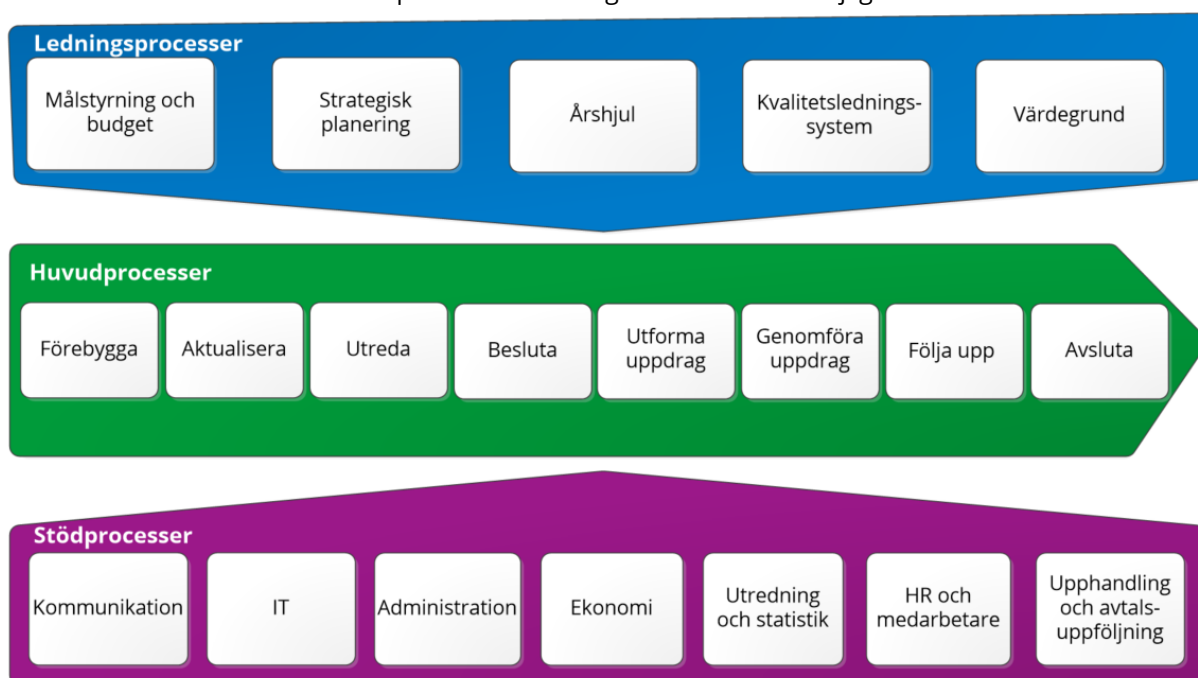
Processer och rutiner

Vård- och omsorgsförvaltningens inriktning är att arbeta processorienterat. Processerna och rutinerna utgör den viktigaste delen av ledningssystemet för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9, 4 kap. 2 §).

En process är en serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat. Processerna beskriver våra återkommande arbetssätt för att leverera värde till en mottagare. Att standardisera arbetssätt innebär att vi utför ett arbete på samma sätt varje gång, enligt ett dokumenterat arbetssätt. Visualiserade processer ger förutsättningar att se hela arbetsflöden och hur olika delar påverkar varandra och bidrar till helheten. Processer kartläggs genom att identifiera de aktiviteter som ingår och i vilken ordning de ska utföras. Processerna dokumenteras enligt en fastställd modell som används för processkartläggning.

Utgångspunkten för att identifiera processer är lagar, föreskrifter och andra styrdokument. Till processerna kopplas styrdokument där tillvägagångssätt och ansvar beskrivs mer utförligt. Med styrdokument avses exempelvis riktlinjer, rutiner och handböcker. Processansvarig ansvarar för aktuell process, att den kontinuerligt implementeras, förvaltas, följs upp och förbättras.

Processerna delas in i huvudprocesser, ledningsprocesser och stödprocesser. Vård- och omsorgsförvaltningens huvudprocesskarta är den mest övergripande beskrivningen av varför vi finns till och vad vårt arbete ska leda till. Förvaltningens kvalitetsarbete tar sin utgångspunkt i att verksamheternas olika huvudprocesser ska fungera så bra som möjligt.



Figur 3. Vård- och omsorgsförvaltningens övergripande processkarta

Huvudprocesser

Vård- och omsorgsförvaltningen har två typer av huvudprocesser; processer för att tillgodose behov av vård och omsorg samt processer för att tillgodose behov av förebyggande stöd och service. Huvudprocesserna har som mål att leverera något direkt till brukarna/patienterna eller anhöriga.

Ledningsprocesser

Ledningsprocesserna beskriver det faktiska arbetet med att koordinera, organisera, styra och leda huvud- och stödprocesserna. Ledningsprocesserna syftar till att säkerställa att organisationen fullgör sina uppdrag. Detta görs exempelvis genom visioner, mål, riktlinjer och planer av olika slag. Ledningsprocesserna definierar riktningen och förutsättningarna för organisationens övriga processer. De följer också upp verksamhetens utveckling och initierar förändringar utifrån detta.

Stödprocesser

Stödprocesserna har till uppgift att ge stöd till verksamhetens huvud- och ledningsprocesser. Stödprocesserna bidrar till huvudprocessernas mål genom att ge professionellt stöd och styrning till organisationen. Väl fungerande och utvecklade stödprocesser bidrar till att medarbetares kompetens och övriga resurser används effektivt.

I vård- och omsorgsförvaltningens organisation finns följande stödfunktioner: Lednings- och verksamhetsstöd med utredarenhet, IT-enhet, nämndadministration och administration samt stab med ekonomi.

Vård- och omsorgsförvaltningen har även tillgång till kommunens centrala stödfunktioner som till exempel personalkontoret, kommunikation och IT-kontoret.

Samverkan i processerna

Intern och extern samverkan är en förutsättning för att den enskilde ska kunna få den hjälp och det stöd som svarar mot behoven. Processer och rutiner för samverkan ska vara identifierade och beskrivna på samma sätt som övriga processer inom vård- och omsorgsförvaltningens verksamheter (SOSFS 2011:9, 4 kap. 5-6 §).

Vård- och omsorgsförvaltningen ska säkerställa att processer och rutiner för samverkan finns samt att de är väl kända och används i det dagliga arbetet. Målet är att ha en god samverkan som säkerställer den enskildes behov av vård, omsorg, stöd och service. Samtliga processer och rutiner ska innehålla dokumentation av hur samverkan bedrivs internt inom och mellan kommunens förvaltningar, samt externt med andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och organisationer.

Genomföra

Leda och arbeta i enlighet med processer och rutiner

Alla medarbetare i organisationen är skyldiga att arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner. Det säkerställer att alla medarbetare arbetar systematiskt på ett likartat sätt för att uppnå god kvalitet (SOSFS 2011:9, 6 kap. 1 §). En förutsättning för detta är att det finns ett ledarskap som stödjer och främjar ett processorienterat arbetssätt. Viktiga delar i ett processorienterat arbetssätt är att ha kunskap om vilka resultat processen skapar, vilka risker och möjligheter processen har samt att ständigt utveckla och förbättra processerna.

Att arbeta processorienterat innebär att fokus ligger på de vi finns till för och inte på vem som gör vad. Det innebär att relevanta funktioner i processerna samverkar och arbetar tillsammans för att skapa värde för de vi finns till för. Flödena fram till en nöjd mottagare går ofta tvärs över ansvars-, funktions- och organisationsgränser. Mottagarna är sällan intresserade av hur vi organiserar oss, utan av resultatet av vårt arbete.

Utgångspunkten är att det ska vara **lätt att göra rätt**. Processer och rutiner ska finnas lätt tillgängliga för medarbetarna och fungera i vardagen. Processer och rutiner ska vara enkla, begripliga och användbara. Processkartläggning och systemstöd är till för att synliggöra och visualisera verksamhetens processer för alla medarbetare. Medarbetare ska förstå och följa de processer som de ingår i, och vara delaktiga i att förbättra och utveckla dem.

Om en process ska dokumenteras som en visuell processkarta eller enbart som text beslutas av processansvarig. Huvudprocesser ska alltid finnas dokumenterade i en aktuell processkarta. Visualiserade processer finns beskrivna på intranätet. Till dessa kopplas aktuella styrdokument.

Synpunkter, avvikelser, lex Sarah och lex Maria

Viktiga redskap för att få kunskap om hur väl processerna fungerar är synpunkter och avvikelser. 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 (SOSFS 2011:9 5 kap 3 §). 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.

Avvikelsehantering

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 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 vård- och omsorgsförvaltningens digitala avvikelssystem.

Lex Sarah

Alla som arbetar inom vård- och omsorgsförvaltningen har en lagstiftad skyldighet att rapportera missförhållanden eller risker för missförhållanden enligt lex Sarah. Syftet med lex Sarah är att dra lärdom av misstag som sker och förhindra att liknande missförhållanden sker igen. Med

missförhållande avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

När en lex Sarah rapport har upprättats görs en händelseanalys i form av en lex Sarah-utredning. Utredningen genomförs av vård- och omsorgsförvaltningens utredare. Händelseanalysen svarar på frågorna vad som har hänt, varför det har hänt och vad som kan göras för att förhindra att det händer igen. Utredningarna avslutas alltid med ett antal åtgärder som ska förbättra verksamheten, processerna och rutinerna. I åtgärdsplanen ska det framgå vad verksamheten redan har gjort eller planerar att göra för att förhindra liknande missförhållanden framåt.

Utredningen avslutas med ett beslut om det föreligger ett allvarligt missförhållande, påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande, eller enbart missförhållande. Om det rapporterade är allvarligt ska det anmälas till IVO (Inspektionen för vård och omsorg). Verksamhetschef för förvaltningskontoret har delegation från nämnden att fatta beslut rörande lex Sarah. Sex månader efter en lex Sarah utredning ska åtgärderna följas upp för att se om de har fått avsedd effekt.

Lex Maria

Legitimerad personal eller personal som utför delegerade uppgifter från legitimerad personal, har enligt lag en skyldighet att rapportera till vårdgivaren om en patient i samband med vård, behandling eller undersökning drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. MAS ansvarar för att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada och ska på delegation från nämnden göra en anmälan enligt lex Maria till IVO. MAS följer upp åtgärderna från varje lex Maria för att se om de har fått avsedd effekt.

Synpunkter

Verksamheten ska även ta emot och utreda synpunkter och klagomål. Dessa kan komma från brukare, patienter, närstående, medarbetare, myndigheter, föreningar och andra organisationer. Med synpunkter avses klagomål, förbättringsförslag eller beröm. Intressenter ska uppmuntras att framföra synpunkter på verksamheten. De mottagna synpunkterna ska utredas i syfte att ta reda på om det förekommit en avvikelse i verksamheten utifrån krav och mål som verksamheten omfattas av (SOSFS 2011:9 5 kap 3 §).

Synpunktshanteringen sker enligt vård- och omsorgsförvaltningens beslutade rutiner och hanteras i kommunens gemensamma system "Synpunkter" i Katrineholm. Inkommen synpunkt skickas till den verksamhet som den berör. Närmaste chef ansvarar för att löpande ta emot och hantera dessa. Synpunkten ska besvaras inom 14 arbetsdagar. Utifrån inkomna synpunkter ska åtgärder vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet. Synpunkter och klagomål på kommunens hälso- och sjukvård skickas till berörd chef. Den som skickar in ska få svar inom cirka 4 veckor.

Följa upp

Vård- och omsorgsförvaltningen är skyldig att följa upp hur ändamålsenliga och välfungerande processer och rutiner är (SOSFS 2011:9, 5 kap. 6-8 §). Ger processerna önskat resultat? Det finns flera sätt att följa upp verksamheten på. Nedan beskrivs några av de viktigaste redskapen för att följa upp verksamheten och kvalitetsledningssystemet i sin helhet.

Risakanalys

Vård och omsorgsförvaltningen omfattas av kravet att identifiera händelser som skulle kunna göra att verksamheten inte når upp till krav och mål. Att upptäcka risker innan en negativ händelse inträffar är även ett redskap för att följa upp processerna. Ett av de viktigaste redskapen för att arbeta riskförebyggande är att genomföra riskanalyser (SOSFS 2011:9 5 kap. 1§).

Risakanalyser innebär ett framåtblickande och förebyggande arbetssätt och syftar till att upptäcka brister i verksamhetens kvalitet innan de inträffat. Riskanalys kan göras på olika sätt beroende på verksamhetens situation. Det ska göras innan planerade organisationsförändringar genomförs i en verksamhet och innan nya arbetssätt, metoder eller ny teknik börjar tillämpas. Riskanalyser görs även i samband med processkartläggning. Identifierade risker med hög allvarlighetsgrad och/eller hög sannolikhet ska analyseras. Vid analysen ska bakomliggande orsaker till riskerna analyseras och åtgärder föreslås för att minimera riskerna. Beslutade åtgärder ska följas upp för att se om åtgärderna har gett avsedd effekt.

Risk- och konsekvensanalyser samt handlingsplaner ska genomföras fortlöpande på både individ-, verksamhets- och förvaltningsnivå.

Egenkontroll

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska utöva egenkontroll. Egenkontroll är en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten och är en kontroll av att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet (SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§).

Till skillnad mot riskanalys, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontroll att den verksamhet som har bedrivits eller bedrivs ska granskas. Syftet är att ständigt förbättra och utveckla verksamheten. För att kunskapen från egenkontroller ska vara meningsfull krävs att rätt saker mäts. Egenkontrollen ska göra att vi får syn på direkta kvalitetsbrister, får kunskap om olika verksamheters kvalitetsresultat och att förbättrings- och utvecklingsområden identifieras. I förbättringsarbetet ska vikt läggas vid förebyggande åtgärder för att förhindra att missförhållanden, vårdskador och andra avvikelser inträffar.

Egenkontroll ska göras inom vård- och omsorgsförvaltningens alla typer av processer, lednings-, huvud- och stödprocesser. Egenkontroller genomförs på både individ-, verksamhets- och förvaltningsnivå. Dessa ska tillsammans ge en indikation på hur god kvalitet verksamheten har och därmed även hur väl processerna fungerar. Egenkontroll handlar om att sammanställa information från olika källor för att ge beslutsfattare en så korrekt bild som möjligt av kvaliteten i verksamheten. Vård- och omsorgsnämnden, som är ytterst ansvarig, följer kvaliteten genom internkontroll, verksamhetens egenkontroll samt måluppföljning.

Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar systematiskt med egenkontroller i form av:

- Brukarundersökningar
- Nationella undersökningar (exempelvis Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK), Kommun- och enhetsundersökningen)
- Öppna jämförelser
- Kvalitetsgranskningar av dokumentation
- Verksamhetsuppföljningar
- Oaviserade tillsynsbesök
- Intern statistik
- Kvalitetsregister
- Uppföljningar på individnivå och verksamhetsnivå

Vård- och omsorgsförvaltningen använder indikatorbaserade jämförelser. I egenkontrollen ingår att jämföra den egna verksamheten med andra i vår omgivning samt nationellt. I jämförelse med andra kommuner utgår vi från Socialstyrelsens öppna jämförelser samt nyckeltal från Kommun- och landstingsdatabasen KOLADA. Statistiken ska vara könsuppdelat där det är möjligt. Verksamhetens kvalitet följs upp genom tre typer av indikatorer som ska spegla kvaliteten i olika perspektiv.⁴

- **Strukturindikatorer** – Påverkbara förutsättningar. Belyser de resurser en verksamhet har, till exempel kompetens, rutiner och överenskommelser.
- **Processindikatorer** – Aktiviteter som utförs. Belyser både att och hur aktiviteter/insatser genomförs.
- **Resultatindikatorer** – Utfall som bidrar till måluppfyllelse/önskvärt utfall. Speglar de resultat som uppnåtts för enskilda individer, om insatser lett till avsedda mål.

Analys av resultat från egenkontroller ger ett beslutsunderlag om eventuella förbättringsområden och åtgärder. I planeringen inför kommande verksamhetsår prioriteras vilka resultat som behöver förbättras och vilka indikatorer som ska följas upp i kommande målarbete.

- **Analysdagar genomförs årligen inom vård- och omsorgsförvaltningen.**
Vid analysdagarna används vård- och omsorgsförvaltningens modell för analys- och uppföljning. Syftet är att samla ihop resultat från året, analysera dessa och skapa en bild över styrkor och förbättringsområden. Analysen resulterar i en handlingsplan för det systematiska förbättringsarbetet. Denna utgör underlag till verksamhetsplanering och vilka aktiviteter som ska genomföras kommande år. Utgångspunkten är utifrån målområdena som berör vård- och omsorgsnämnden i kommunplanen.

Internkontrollplan

I Katrineholms kommuns reglemente för intern kontroll anges att nämnden löpande ska följa upp det interna kontrollsystemet inom det egna området. Vård- och omsorgsnämnden ska årligen utifrån en genomförd risk- och sårbarhetsanalys upprätta en internkontrollplan. I planen fastställs bland annat vilka kontroller som ska genomföras under året och vem som ska utföra respektive kontroll. Internkontrollplanen innehåller både verksamhetsmässiga och ekonomiska kontroller. Det innebär bland annat att kartlägga viktiga rutiner, processer och system samt bedöma dem utifrån risk och väsentlighet. Nämndens interkontrollrapport rapporteras till kommunstyrelsen och kommunens revisorer i mars varje år.

⁴ Se, Socialstyrelsen (2020). Handbok för utveckling av indikatorer. För god vård och omsorg.

Sammanställning av synpunkter och avvikelser

Rapporter, avvikelser och synpunkter ska även sammanställas och analyseras på en övergripande nivå för att kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Ibland kan en enskild avvikelse, klagomål eller synpunkt på verksamhetens kvalitet upplevas mindre allvarlig än vad som framkommer vid en sammanställning (SOSFS 2011:9, 5 kap. 6-8§). Utifrån dessa mönster, trender och tendenser ska processer och rutiner ses över.

- **Vård- och omsorgsförvaltningens uppföljningsrapport av avvikelser.** Del- och helår rapporterar varje verksamhetsområde sin hantering av avvikelser, framkomna resultat samt identifierade förbättringsområden och åtgärder. Syftet är att sammanställa och analysera inkomna avvikelser och rapporter samlat per verksamhetsområde för att skapa en övergripande systematik i förbättringsarbetet. Resultatet från uppföljningen sammanställs i kvalitetsberättelsen respektive patientsäkerhetsberättelsen.
- **Summeringsmöte för lärande och erfarenheter av kvalitetsarbete.** Förvaltningsgemensamt summeringsmöte hålls två gånger per år. Syftet är att sprida kunskap inom och mellan verksamhetsområdena för att dra lärdom från utredningar av lex Sarah och lex Maria, genomförda uppföljningsrapporter av avvikelser samt kvalitetsberättelsen och patientsäkerhetsberättelsen.

Förbättra

När förbättringsområden identifierats behöver förbättrande åtgärder vidtas (SOSFS 2011:9, 5 kap 7-8 §). Vård- och omsorgsförvaltningen använder modellen nedan för analys- och uppföljning, som utgår ifrån Sveriges kommuner och regioners modell för styrning och ledning "Styr-snurran". Det finns mallar framtagna med stödfrågor för tillämpning av modellen.

1. Samla information

Samla ihop information om mål, krav och kvalitet med hjälp av indikatorer och uppföljning.

2. Fokusera - Formulera problemet och beskriv nuläget

En tydlig problemformulering krävs för att veta vad som ska lösas. Identifiera och prioritera vilka områden som ska analyseras vidare. Beskriv nuläget för valda analysområden.

3. Sök bakomliggande orsaker

Vad är det som har gjort att problemet uppstått? När problembilden är tydlig är det dags att börja fundera på vilka orsaker som finns till problemet. Analysera verksamheten utifrån problembilden för att se orsaker, samband och mönster. Blicka tillbaka på tidigare analyser och åtgärder för att se varför dessa inte haft tillräcklig effekt. Omvärldsbevaka och samverka för att se vad andra har gjort. Metoden "Fem varför" är ett enkelt och bra redskap som kan vara till hjälp.

4. Dra slutsatser

Sammanställ vilka bakomliggande orsaker till problemet som behöver rättas till.

5. Sätt mål

Det ska finnas fastställda mål för förbättringsarbetet. Målet ska helst vara så konkret som möjligt, för att veta när vi har lyckats. Koppla förbättringsområdena till de politiska målen.

6. Förslag till åtgärder

Ta fram förslag på lämpliga åtgärder för att uppnå mål och lösa aktuellt problem eller för att stärka ett område. Åtgärderna ska utgå ifrån bakomliggande orsaker annars finns risk att problemet kvarstår eller återkommer. Avväg hur svår åtgärden är att genomföra i relation till vilken förväntad effekt den kommer ha. Gör en riskanalys av tänkta åtgärder så att åtgärderna kan genomföras på ett säkert sätt.

7. Beslut om åtgärder

Slutsatserna och förslagen på åtgärder ger ett beslutsunderlag. Innan beslut om åtgärder krävs prioriteringar och analys av vilka konsekvenser förslaget kan få utifrån perspektiven resultat, nytta, verksamhet och resurser. Det slutliga beslutet kring vilka åtgärder som ska vidtas fattas ibland av politiken men kan också fattas av verksamheten. Beslutade åtgärder kan hamna som en aktivitet i kommande verksamhetsplan eller genomförs direkt i verksamheten.

Dokumentation av arbetet med ledningssystem för kvalitet

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras (SOSFS 2011:9, 7 kap 1 §). Dokumentationskravet omfattar alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet, såväl ledningssystemets grundläggande uppbyggnad som det systematiska förbättringsarbetet. Det innebär att fastställda processer och rutiner, riskanalyser, egenkontroller, hantering av avvikelser samt vilka förbättrande åtgärder som vidtagits ska dokumenteras.

I detta styrdokument *Ledningssystem för kvalitet* har ledningssystemets grundläggande uppbyggnad och hur ansvar och roller är fördelade, dokumenterats.

Verksamheternas arbete med ledningssystem för kvalitet följs upp och dokumenteras årligen genom en kvalitetsberättelse och en patientssäkerhetsberättelse. Dokumentationen av kvalitetsarbetet utgör underlag till dessa rapporter. Medicinskt ansvarig sjuksköterska respektive kvalitetsstrateg har ansvar för att ta fram patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsberättelsen. Dessa berättelser fastställs av nämnden i februari varje år. Berättelserna ska finnas tillgänglig både på intranätet och på den externa webbplatsen.

I kvalitetsberättelsen ska det framgå 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. I patientsäkerhetsberättelsen ska det framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Dokumentstyrning

För att säkerställa att verksamheten har aktuella dokument, finns en systematik gällande vad, hur och när styrdokument skapas, sparas, revideras och arkiveras. Ansvaret för detta beskrivs i *Riktlinjer för definiering av styrdokument* samt tydliggörs i *Informationshanteringsplanen*. I *Delegationsordningen för vård- och omsorgsnämnden i Katrineholms kommun* beskrivs vilken funktion nämnden har delegerat till att fatta beslut i vissa ärenden.

Uppföljning och revidering av styrdokument

Vård- och omsorgsförvaltningens styrdokument för ledningssystem för kvalitet beslutas av vård- och omsorgsnämnden. Vid större förändringar av organisationen och ansvarsfördelning kring kvalitetsledningssystemet ska styrdokumentet revideras och tas upp för nytt beslut. Även vid förändringar av tillämplig lagstiftning eller vid nya rekommendationer som påverkar ledningssystemet ska nämnden fatta beslut om dessa förändringar. Mindre förändringar i kvalitetsledningssystemet än ovanstående beslutas av förvaltningschef.

Externa utförare

Externa utförare omfattas även de av föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och ska ha arbetat fram sitt eget ledningssystem.

Årsredovisning 2021 vård- och omsorgsförvaltningen

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner årsredovisningen för 2021 och överlämnar den till kommunstyrelsen.

Sammanfattning av ärendet

Vård- och omsorgsförvaltningen har upprättat förslag till årsredovisning avseende 2021.

Efter att föregående år präglats av ett arbete med att anpassa sig till en pandemi så har det under 2021 varit möjligt att återgå till mer av det ordinarie utvecklingsarbetet med utgångspunkt i målområden och resultatmål. Den nationella brukarundersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* har försenats. Det innebär att resultat saknas för flera av de för nämnden viktiga indikatorerna. Detta har gjort det svårt att bedöma om flera av resultatmålen inom *Trygg vård och omsorg* uppnås eller ej för året. Vård- och omsorgsförvaltningens bedömning är ändå att planerade aktiviteter har utförts enligt plan under året och de få indikatorer som finns inom *Trygg vård och omsorg* till största delen är positiva. Inom övriga målområden uppnår vård- och omsorgsförvaltningen en bibehållen eller ökad nivå.

Vård- och omsorgsnämnden har under året en positiv avvikelse gällande ekonomi. För 2021 redovisas en positiv avvikelse mot budget om 9 739 tkr.

Avvikelse gentemot budget inom respektive verksamhet enligt driftsredovisning (tkr)

Förvaltningsgemensamt	10 301
Förvaltningskontor	-111
Äldreomsorg	-2 929
Funktionsstöd	2 478
Resultat	9 739

Av 2021 års investeringsbudget för inventarier Dufvegården och ny gruppbostad Humlen återstår 7 666 tkr. Av dessa medel ombudgeteras 800 tkr till 2022 för kvarvarande leveranser och inköp av trädgårdsmöbler.

Ärendets handlingar

- Årsredovisning för vård- och omsorgsnämndens verksamhet 2021

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Lars Hernevid
Enhetschef lednings- och verksamhetsstöd

Beslutet skickas till: Kommunstyrelsen, intranätet, akten

Förslag

Årsredovisning

Vård- och omsorgsnämnden

Helår 2021

Datum: 2022-02-03

Dnr: VON/2021:49-041

Innehållsförteckning

Inledning	4
Ansvarsområde och organisation	5
Ansvarsområde.....	5
Privata utförare.....	5
Viktiga förhållanden för resultat och ekonomisk ställning	6
Verksamhetsrapport	6
Hållbarhet.....	7
Volymutveckling.....	7
Händelser under året	9
Händelser av väsentlig betydelse	9
God ekonomisk hushållning och måluppfyllelse	10
Samlad bedömning	10
Målbedömning resultatmål.....	10
Ekonomisk ställning	14
Driftredovisning.....	14
Investeringsredovisning	15
Väsentliga personalförhållanden	16
Personalkostnader & personalstyrka	16
Medarbetarskap & ledarskap	16
Kompetensförsörjning & kompetensutveckling.....	17
Hållbart arbetsliv & arbetsmiljö.....	18
Förväntad utveckling	19
Bilaga: Information om ombudgetering av investeringsmedel	20
Bilaga: Uppföljning av handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR	21
Artikel 6 – Bekämpa stereotyper	21
Artikel 9 – Jämställdhetsanalyser.....	21
Artikel 15 – Social omsorg och sociala tjänster.....	21
Artikel 17 – Vård av anhöriga	21

Artikel 22 – Könsrelaterat våld.....	22
Bilaga: Uppföljning av indikatorer	23
Tillväxt, fler jobb & ökad egen försörjning	23
Attraktiva boende- & livsmiljöer	23
Trygg vård & omsorg	24
Ett rikt kultur- idrotts- & fritidsliv.....	28
Hållbar miljö.....	29
Attraktiv arbetsgivare & effektiv organisation	29

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 2019-2022 och Övergripande plan med budget 2021-2023 som årsredovisningen svarar upp mot.

Nämndens/bolagets årsredovisning innehåller bland annat en uppföljning av verksamhetsvolym, måluppfyllelse, personal, ekonomi samt särskilda uppdrag under 2021. Syftet är att ge en bred bild av nämndens/bolagets verksamheter med utgångspunkt från målen om god ekonomisk hushållning. Syftet är också att ge underlag för kommunens övergripande årsredovisning som fastställs av kommunfullmäktige i mars 2022.

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, boendestöd, dagverksamhet och daglig verksamhet. Till vård- och omsorgsnämndens ansvar hör även betalningsansvar enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet 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 26,5 procent av all hemtjänst, en liten minskning i jämförelse med de senaste åren.

Vård- och omsorgsnämnden har tio 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.

Vård- och omsorgsförvaltningen har fem pågående externa placeringar enligt socialtjänstlagen (SoL). Dessa externa placeringar riktar sig mot socialpsykiatrins målgrupp. Kommunen har själv inte kunnat tillgodose dessa behov i 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 85 procent av assistanstimmarna. För personlig assistans beviljad enligt socialförsäkringsbalken utför externa utförare cirka 70 procent av de beviljade assistanstimmarna.

Viktiga förhållanden för resultat och ekonomisk ställning

Verksamhetsrapport

Vård- och omsorgsförvaltningen påverkas fortsatt av coronapandemin och anpassningar av verksamheten har varit nödvändig i olika hög grad under året. Inom äldreomsorgen har större aktiviteter, som normalt samlar ett helt boende eller mer än så, fått alternativa lösningar där aktiviteterna har genomförts med en avdelning i taget eller enskilt. Resurscenter arbetade under våren med att glesa ut sina arbetsgrupper för att möjliggöra att hålla avstånd. De flesta brukarna hade därför en dag i veckan då de arbetade hemma. Detta innebär att grupp- och servicebostäder inom LSS behövde stärka upp sin bemanning under hela våren. Efter sommaren kunde verksamheterna återgå till det normala.

I samband med årsskiftet 2020/2021 togs det nya särskilda boendet för äldre, Dufvegården, i bruk. Brukare från Strandgården och Furuliden kunde flytta in under året. Arbetet med flyttar har i stort gått enligt plan men krävt en hel del arbete. I februari antogs en *Prioriteringsordning av reovering av särskilda boenden för äldre, med flyttkedja* av vård- och omsorgsnämnden. Där beräknades reoveringen av Strandgården kunna genomföras redan under 2021. Denna har dock skjutits fram och beräknas vara klar till sommaren 2022.

Ekonomiskt har hemtjänstens verksamheter haft en negativ avvikelse under året. Ett riktat arbete mot de enheter som har en större avvikelse pågår och har under året bland annat utökats med att ta fram lokala handlingsplaner för respektive hemtjänstområde. Handlingsplanerna följs upp månadsvis tillsammans med verksamhetschef och ekonom. Ekonom har sedan förra året jobbat nära verksamheten för att snabbt fånga upp utvecklingsområden och detta har fortgått under hela detta år.

Flera statsbidrag riktade mot äldreomsorg kom under det första delåret och flera med begränsningen att de bara kan användas under innevarande år. Utifrån det har planeringen av användningen av statsbidragen varit en utmaning. Det som kunnat genomföras under året innefattar flera utbildningsinsatser. Exempelvis har ytterligare 10 personal (totalt 27) fått möjligheten att utbilda sig till undersköterska, en stor del av personalen inom äldreomsorgen har fått utbildning i demens ABC, värdegrundsledare och chefer har utbildats i värdegrund och har i uppdrag att utbilda samtliga medarbetare inom förvaltningen.

Vård- och omsorgsförvaltningen har under en längre tid arbetat med att utveckla sitt kvalitetsledningssystem och en tydligare plattform för detsamma. Arbetet med att synliggöra kvalitetsledningssystemet på kommunens intranät Communis har inte varit möjligt och förvaltningen behöver titta på alternativa plattformar. Ett gemensamt arbete i samverkan med kommunledningsförvaltningen och socialförvaltningen är påbörjat.

Vård- och omsorgsförvaltningen, i samverkan med socialförvaltningen i Katrineholms kommun samt Vingåkers kommun, planerade för att en upphandling av nytt verksamhetssystem skulle vara klar vid årsskiftet 2020/2021. Införandeprocessen beräknades starta under 2021. Upphandlingen blev under våren 2021 avbruten och ett arbete inför ny upphandling under 2022 har inletts.

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.

Vård- och omsorgsnämnden bidrar i sitt uppdrag främst till den sociala dimensionen och framförallt de globala målen hälsa och välbefinnande och minskad ojämlikhet. Socialtjänstlagen pekar ut just ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet som mål för socialtjänstens verksamhet.

Vård- och omsorgsnämndens verksamheter har, inom de globala målen hälsa och välbefinnande och minskad ojämlikhet, kunnat genomföra individanpassade aktiviteter för att brukare ska kunna delta i kultur-, idrotts- och fritidsliv. Utbildningsinsatser för att utbilda värdegrundsledare har genomförts. Dessa kommer i sin tur ska driva värdegrundsarbetet tillsammans med sina chefer. Verksamheterna har också kunnat arbeta med bemötande, förtroende och trygghet, ökade möjligheter till delaktighet och inflytande samt stärkt patientsäkerhet. I arbetet med målet jämställdhet har bland annat en jämställdhetsanalys genomförts inom anhörigstödet.

I Katrineholms kommuns hållbarhetsrapport för 2020 pekas framtida utmaningar ut. Där nämns också att vård- och omsorgsförvaltningen behöver fortsätta arbetet inom äldreomsorgen med att minska risken för undernäring. Under året som gått har det startats upp nutritionsråd med representanter från service- och teknikförvaltningen (dietister) samt vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamheter. Det har också genomförts utbildningar inom Sapere, en metod för att arbeta med att uppleva maten med alla sinnen.

I arbetet med en säkrad kompetensförsörjning bidrar vård- och omsorgsförvaltningen bland annat till målet god utbildning för alla, då totalt 27 medarbetare också har getts chansen att utbilda sig till undersköterska genom äldreomsorgslyftet.

Volymutveckling

Volymmått	2021	2020
Utförda hemtjänsttimmar per månad, intern regi	16 794	16 070
Utförda hemtjänsttimmar per månad, extern regi	6 032	6 754
Belagda platser på särskilt boende för äldre	289	290
Personlig assistans beviljad enligt socialförsäkringsbalken, internt utförd	5 017	6 204
Personlig assistans beviljad enligt socialförsäkringsbalken, externt utförd	11 392	14 281
Personlig assistans enligt LSS, internt utförd	671	1 174
Personlig assistans enligt LSS, externt utförd	3 962	5 456
Belagda platser på LSS-boende	143	141
Belagda platser på särskilt boende socialpsykiatri	16	16
Externa placeringar LSS	10	6
Externa placeringar SoL	5	5
Brukare med daglig verksamhet inom LSS per månad	248	238
Brukare med arbete/sysselsättning inom SoL per månad	44	44
Beviljade timmar boendestöd per månad	1 511	1 543

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 utförda timmar inom hemtjänsten är oförändrat från föregående år men det har skett en

viss förskjutning av utförda timmar från extern utförare till internt utförd hemtjänst. Detta främst till följd av att extern utförare avslutats.

Gällande belagda platser på särskilt boende äldre beror variationerna under året främst på olika steg i de pågående renoveringarna som nu sker i enlighet med *Boendeplan - Prioriteringsordning av renovering av särskilda boenden för äldre, med flyttkedja* som nämndbehandlades i februari 2021.

Antalet ärenden inom personlig assistans varierar naturligt mellan åren och totalt sätt 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.

Inom daglig verksamhet, LSS, har en ny arbetsgrupp startats i nya lokaler under 2021 och verksamheten har växt med tio personer.

Antalet externa placeringar LSS har ökat under året, från sex personer till tio personer. Ökningen består av barnärenden.

Händelser under året

Händelser av väsentlig betydelse

- Det nya särskilda boendet för äldre Dufvegården togs i drift vid årsskiftet 2020/2021.
- Den nya gruppboenden Humlen startades upp. De första brukarna flyttade in i början av mars.
- En ny utförare av hemtjänst enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) godkändes under april.
- En utförare av hemtjänst avslutades i maj månad då de inte fått tillstånd från IVO att bedriva hemtjänst.

God ekonomisk hushållning och måluppfyllelse

Samlad bedömning

Efter att föregående år präglats av ett arbete med att anpassa sig till en pandemi så har det under 2021 varit möjligt att återgå till mer av det ordinarie utvecklingsarbetet med utgångspunkt i målområden och resultatmål. Den nationella brukarundersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* har försenats. Det innebär att resultat saknas för flera av de för nämnden viktiga indikatorerna. Detta har gjort det svårt att bedöma om flera av resultatmålen inom *Trygg vård och omsorg* uppnås eller ej för året. Vård- och omsorgsförvaltningens bedömning är ändå att planerade aktiviteter har utförts enligt plan under året och de få indikatorer som finns inom *Trygg vård och omsorg* till största delen är positiva.

Även inom målområdet *attraktiv arbetsgivare och effektiv organisation* har vård- och omsorgsförvaltningen utmaningar då det nationellt är brist inom flera av de yrkesgrupper som är verksamma inom verksamhetsområdet. Arbete har dock kunnat ske enligt plan även inom detta område och sett till indikatorerna visar de flera positiva delar. Fler väljer att arbeta efter 67, flera medarbetare väljer att arbeta heltid, färre personer har valt att avsluta sin anställning. Sjuktalen är något lägre än föregående år men de är fortsatt en utmaning för vård- och omsorgsförvaltningen som behöver fortsätta arbetet med att sänka dessa.

Vård- och omsorgsnämnden har under året en positiv avvikelse gällande ekonomi. Denna beror bland annat på utbetalning av medel gällande merkostnader för covid-19 som avser 2020. En större budget har avsatts för skyddsutrustning, men inköp har inte behövt göras i planerad omfattning tack vare en låg smitta inom verksamheterna. Flera av vård- och omsorgsförvaltningens insatser har också utförts i något mindre skala under året, till följd av att medborgare tackat nej till insatserna med hänvisning till coronapandemin.




Målbedömning resultatmål

Kommunplanen 2019-2022 innehåller sju övergripande mål samt ett antal resultatmål som följs upp i delårsrapporter och årsredovisningar under mandatperioden. Som stöd för att bedöma måluppfyllelsen finns fastställda indikatorer med koppling till resultatmålen. Flertalet resultatmål berör mer än en nämnd/bolag. Varje nämnd/bolag gör en bedömning av den egna verksamhetens bidrag till måluppfyllelsen för resultatmålet. Bedömningen ska vara genusmedveten, vilket bland annat innebär att en positiv utveckling måste ses oavsett kön för att målet ska anses uppnått där så är relevant. Bedömningen av status 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

Nedan redovisas en bedömning av resultatmålen. Bedömningen har gjorts med stöd av det senast tillgängliga utfallet för indikatorerna samt annan relevant information. Utfall för indikatorerna redovisas i bilaga. För varje resultatmål visas även till vilket eller vilka hållbarhetsmål enligt Agenda 2030 som målet har en koppling.










Tillväxt, fler jobb & ökad egen försörjning






Resultatmål	Kommentar
<p> Ökad sysselsättning KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB</p> <p> 1. Ingen fattigdom</p> <p> 8. Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tillhandahållit samma volymer av extratjänster och praktik som under föregående år.

Attraktiva boende- & livsmiljöer









Resultatmål	Kommentar
<p> Tryggare offentliga miljöer KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KIAB, VSR</p> <p> 5. Jämställdhet</p> <p> 16. Fredliga och inkluderande samhällen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Verkat för att utomhus- och gemensamhetsmiljöer i anslutning till verksamhetens boendeenheter är inbjudande, trivsamma och trygga. Skapat miljöer för att med hänsyn till pågående pandemi kunna möta varandra och sina anhöriga på ett tryggt sätt.

Trygg vård & omsorg




Resultatmål	Kommentar
<p> Fler brukare inom vård och omsorg ska ha en positiv upplevelse kring bemötande, förtroende och trygghet KS, VON, KFAB</p> <p> 3. Hälsa och välbefinnande</p>	<ul style="list-style-type: none"> Brukarråd anpassade till pandemin. Kompetenspusselpaket framtaget som bland annat innehåller metoder och verktyg för kommunikation inom området funktionsstöd. Utbildningsinsatser för att utbilda värdegrundsledare som i sin tur ska driva värdegrundsarbetet tillsammans med sina chefer. Svårt att bedöma resultatmålet utifrån att flera viktiga indikatorer saknas för 2021.
<p> Ökade förutsättningar för aktiviteter för brukare inom vård och omsorg KULN, VON</p> <p> 3. Hälsa och välbefinnande</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fokus på sociala aktiviteter, utomhusaktiviteter och fysisk aktivitet med anpassning till pandemin.
<p> Måltiderna inom vård och omsorg ska utvecklas STN, VON</p> <p> 2. Ingen hunger</p> <p> 3. Hälsa och välbefinnande</p>	<ul style="list-style-type: none"> Startat upp nutritionsråd med representanter från service- och teknikförvaltningen (dietister) samt vård- och omsorgsförvaltningens olika verksamheter. Utbildning i Sapere har genomförts.
<p> Stärkt patientsäkerhet inom vård och omsorg VON</p> <p> 3. Hälsa och välbefinnande</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fortsatt förbättring av indikatorn personal som följer basala hygienrutiner och klädregler. Förstärkningar av sjuksköterskeresurser. Utvecklande av kvalitetsråd inom flera verksamheter. Kvalitetssäkring av dokumentation i patientjournal genom interna journalgranskningar. Utbyte av loggningsbara medicinskåp pågår. Införande av digital signering pågår. Utveckling av Elsas hälsa som är en samverkan mellan region och kommun. Ska möjliggöra ökat samarbete mellan vårdgivarna med fokus på patient. Exempelvis är ett bakre läkarstöd uppstartat.

Resultatmål	Kommentar
 Ökad möjlighet till delaktighet och inflytande SOCN, VON  10. Minskad ojämlikhet	<ul style="list-style-type: none"> Andelen boende inom LSS grupp- och servicebostäder som svarar att de får bestämma om det som är viktigt för dem i sitt boende har ökat och ligger över riksgenomsnittet. Samtliga genomförandeplaner görs nu i enlighet med IBIC (Individens Behov i Centrum) som särskilt belyser delaktighet och inflytande.
 Anhörigstödet ska utvecklas SOCN, VON  5. Jämställdhet	<ul style="list-style-type: none"> Fortsatt utveckling av möjligheterna att genomföra anhörigstöd via digitala kanaler. Jämställdhetsanalys har genomförts.
 Kommunens kostnader för placeringar ska minska BIN, SOCN, VON	<ul style="list-style-type: none"> Fler placeringar än föregående år. Kontinuerlig uppföljning av placeringar i samverkan mellan berörda förvaltningar.






Ett rikt kultur- idrotts- & fritidsliv











Resultatmål	Kommentar
 Fler ska delta aktivt i kultur-, idrotts- och fritidslivet KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VON  3. Hälsa och välbefinnande  10. Minskad ojämlikhet	<ul style="list-style-type: none"> Fortsatt fokus på individuellt anpassade aktiviteter med hänsyn till rådande pandemi.
 Kultur, idrott och fritid för barn och unga ska prioriteras KS, BIN, KULN, STN, VON  3. Hälsa och välbefinnande  16. Fredliga och inkluderande samhällen	<ul style="list-style-type: none"> Inom verksamhetsområdet funktionsstöd genomförs aktiviteter utifrån barn och ungas intresse och efterfrågan med individuellt anpassade lösningar.
 Jämställda kultur- och fritidsverksamheter KS, BIN, KULN, STN, VON  5. Jämställdhet	<ul style="list-style-type: none"> Kultur- och fritidsverksamheterna inom vård- och omsorgsförvaltningen planeras utifrån brukarnas intresse och efterfrågan.

Hållbar miljö

Resultatmål	Kommentar
 Ökad energieffektivitet i kommunens lokaler KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KIAB  7. Hållbar energi för alla  13. Bekämpa klimatförändringen	<ul style="list-style-type: none"> Vård- och omsorgsförvaltningen strävar efter att åtgärda det som är möjligt att påverka som att hålla kontorslokaler släckta efter kontorstid.

Attraktiv arbetsgivare & effektiv organisation

Resultatmål	Kommentar
 Säkrad kompetensförsörjning KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON  4. God utbildning för alla  8. Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt	<ul style="list-style-type: none"> Ny kompetensförsörjningsplan antagen. 27 personer får möjlighet att läsa till undersköterska via äldreomsorgslyftet. En person har fått möjlighet till att studera till specialistsjuksköterska. Fortsatt svårt att rekrytera till ett flertal professioner inom förvaltningen. Fler som väljer att arbeta heltid. Fler väljer att fortsätta jobba efter 65.
 Ökat medarbetarengagemang KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON  17. Genomförande och globalt partnerskap	<ul style="list-style-type: none"> Värdegrundsledare är utbildade. Arbete med idédriven innovation har startat. Flera inkomna idéer utreds nu för att undersöka möjligheten till införande.

Resultatmål	Kommentar
<p> Förbättrad hälsa för kommunens medarbetare KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON  3. Hälsa och välbefinnande</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Arbete sker med utgångspunkt i framtagna planer för frisknärvaro.
<p> Kommunens tillgänglighet för invånarna ska öka KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON  10. Minskad ojämlikhet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tillgänglighetsanpassning av dokument som läggs ut på webben.
<p> Ökad digital delaktighet KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON  10. Minskad ojämlikhet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsatt framtagandet av digitalt utbildningsmaterial i form av filmer och e-tjänster inom flera områden, exempelvis avvikelsehantering och lex Sarah • Utveckling av digitala mötesplatser för möten, delning av dokument och information inom ramen för de system förvaltningen har att tillgå.
<p> Ökad effektivitet genom nya samverkansformer internt och externt KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KIAB, KVAAB, VSR  17. Genomförande och globalt partnerskap</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Flera pågående samverkansformer inom exempelvis Fallpreventionsrådet, Nutritionsrådet, Demensrådet och Vård- och omsorgscollege. Uppdrag Psykisk hälsa är ett länsövergripande samverkansprojekt • Utveckling av Elsas hälsa som är en samverkan mellan region och kommun. Ska möjliggöra ökat samarbete mellan vårdgivarna med fokus på patient. Exempelvis är ett bakre läkarstöd uppstartat
<p> Resultatet ska uppgå till minst en procent av skatteintäkterna KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivt arbete med uppföljning och månadsbokslut för att säkerställa en ekonomi i balans
<p> Nettodriftskostnaderna ska inte öka snabbare än skatteintäkterna KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivt arbete med uppföljning och månadsbokslut för att säkerställa en ekonomi i balans

Ekonomisk ställning

Driftredovisning

Driftsredovisning, nettoresultat (tkr)			
	Utfall 2021	Budget 2021	Avvikelse
Förvaltningsgemensamt	-19 035	-29 336	10 301
Förvaltningskontor	-277 884	-277 773	-111
Äldreomsorg	-286 590	-283 661	-2 929
Funktionsstöd	-195 897	-198 375	2 478
Summa	-779 406	-789 145	9 739

Kommentar

Vård- och omsorgsnämnden redovisar en positiv avvikelse mot budget med 9 739 tkr vid årets slut.

Förvaltningsgemensamt har en större positiv ackumulerad avvikelse som bland annat beror på utbetalning av medel gällande merkostnader för covid-19 som avser 2020. En större budget har avsatts för skyddsutrustning, men inköp har inte behövt göras i planerad omfattning tack vare en låg smitta inom verksamheterna.

Förvaltningskontoret har totalt en mindre positiv avvikelse. Inom verksamheterna finns några avvikelser, till exempel färre brukare inom personlig assistans som utförs av externa utförare. Vidare nyttjas mindre färdtjänst än budgeterat, vilket även det påverkar resultatet positivt. Det som avviker negativt är budgeten för totalt antal hemtjänsttimmar. Under året har fler timmar använts än vad som finns budgeterat. Även inom hälso- och sjukvård finns vakanser bland sjuksköterskor och därmed har bemanningsföretag använts för att kunna bedriva verksamheten i den omfattningen som behövs.

Äldreomsorg visar ett negativt resultat där avvikelsen är den kommunalt utförda hemtjänsten -8 959 tkr, vilket är -3 400 tkr sämre resultat mot föregående år. Resultatet för särskilt boende är däremot positivt, vilket delvis kan förklaras av det under delar av året funnits förre tillgängliga platser. Detta till följd av de renoveringar och den flyttkedja som pågått och fortsatt pågår inom särskilda boenden.

Inom *Funktionsstöd* är det flera verksamheter, avlösare, ledsagning och kontaktpersoner som haft färre ärenden än vad som planerats i budget. Intern personlig assistans visar också ett positivt resultat dels beroende på färre brukare än budget men också mer strukturerad hantering i verksamheten. Även den nya gruppboenden Humlen som öppnade senare under året har påverkat resultatet positivt.

Investeringsredovisning

Investeringsredovisning, nettoresultat (tkr)				
Huvudprojekt	Utfall 2021	Budget 2021	Avvikelse	Färdigställt (ja/nej)
Inventarier Dufvegården	5 676	13 084	7 408	nej
Ny teknik	269	666	397	nej
Ny gruppbofastad Humlen	442	700	258	nej
Aktskåp	115	115	0	ja
Skogsbrynet	49	61	12	ja
Möbler gemensamhetslokaler	504	500	-4	nej
Inventarier i brukarmiljö	1 096	1 586	490	nej
Nytt verksamhetssystem	0	3 270	3 270	nej
Summa	8 151	19 982	11 831	

Kommentar

Akkumulerat lågt utfall på investeringar, där de största positiva avvikelserna avser Dufvegården och nytt verksamhetssystem. En förklaring till avvikelsen gällande Dufvegården är att verksamheterna har flyttat med inventarier istället för att köpa nytt, därav inte behövt nyttja hela investeringsbudgeten. En mindre del av avvikelsen gällande Dufvegården kommer att budgeteras om till 2022.

Väsentliga personalförhållanden

Personalkostnader & personalstyrka

Antalet månadsanställda har ökat sedan föregående år. Detta har sin förklaring i både att en ny gruppbostad startats och att vissa förstärkningar skett inom särskilt boende för äldre.

Andelen timanställda har minskat något sedan föregående år vilket tyder på att insatta åtgärder under hösten gett viss effekt. Åtgärder för att ytterligare minska andelen timanställda fortsätter under kommande år.

Nyckeltal	Mätdatum	2021			2020		
		Kvinnor	Män		Kvinnor	Män	
Lönekostnader totalt, tkr	1/1-31/12	596 197			571 320		
Lönekostnader som andel av verksamhetskostnaderna (%)	1/1-31/12	60%			61%		
Kostnad övertid inklusive mertid, andel av lönekostnader totalt (%)	1/1-31/12	0,8%			0,8%		
Årsarbetare, antal omräknade heltider	1/1-31/12	1 230,7	1 012,6	218,1	1 195,3	991,7	203,6
Timanställda, andel av totalt antal årsarbetare (%)	1/1-31/12	14,7%	12,8%	23,4%	15,3%	13,2%	25,9%
Månadsanställda, antal	30/11	1 159	978	181	1 133	965	168
Tillsvidareanställda, andel av månadsanställda (%)	30/11	97%	97,3%	95,6%	96,4%	96,7%	94,7%
Visstidsanställda, andel av månadsanställda (%)	30/11	3%	2,8%	4,4%	3,6%	3,3%	5,3%

Medarbetarskap & ledarskap

Resultatet från årets medarbetarundersökning är i det närmaste identiskt med föregående år, den enda fråga där det kan ses en lite större förändring är att flera svarar att de ser fram emot att gå till arbetet (78% jämfört med 73% året innan). Resultatet från undersökningen är under bearbetning och handlingsplaner tas fram på respektive chefsnivå.

Nyckeltal	Mätdatum	2021			2020		
		Kvinnor	Män		Kvinnor	Män	
Hållbart medarbetarengagemang, HME totalt	dec	4,1	4,1	4,2	4,1	4,1	4,2
HME delindex motivation	dec	4,1	4,1	4,2	4,1	4,1	4,2
HME delindex ledarskap	dec	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1	4,1
HME delindex styrning	dec	4,1	4,1	4,2	4,1	4,1	4,2

Kompetensförsörjning & kompetensutveckling

Andelen månadsanställda som väljer att arbeta heltid fortsätter att öka vilket det gjort varje år sedan 2018. Ökningen gäller såväl män som kvinnor. Skillnaderna är dock fortsatt stora mellan män och kvinnor.

Även gällande övriga nyckeltal ses positiva tendenser. Färre personer har sagt upp sig på egen begäran och fler väljer att arbeta efter 65. I den senare gruppen återfinns ett antal sjuksköterskor vilket är en viktig parameter för att klara kompetensförsörjningen i en svårrekryterad yrkesgrupp.

Nyckeltal	Mätdatum	2021			2020		
		Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Månadsanställda som arbetar heltid, andel (%)	30/11	68%	64,4%	87,3%	65,1%	61,4%	85,8%
Månadsanställda med heltidsanställning som har valt att arbeta deltid, andel (%)	30/11	29,4%	33%	9,7%	32%	35,6%	11%
Genomsnittlig sysselsättningsgrad månadsanställda som arbetar deltid (%)	30/11	76,1%	76,4%	71,8%	76,9%	77,4%	68,9%
Tillsvidareanställda med ledningsansvar som slutat på egen begäran, antal	1/12-30/11	7			11		
Tillsvidareanställda som slutat på egen begäran, antal	1/12-30/11	50	37	13	70	63	7
Tillsvidareanställda som gått i pension, antal	1/12-30/11	18	14	4	32	31	1
Månadsanställda som är 65 år eller äldre, antal	30/11	27	27	0	17	15	2

Hållbart arbetsliv & arbetsmiljö

Sjukfrånvaron har sjunkit i jämförelser med föregående år och det gäller både män och kvinnor och i alla åldersgrupper med undantag för män under 29 år. Siffrorna är dock svåra att analysera utifrån att coronapandemin, i varierande grad, pågått under både 2020 och 2021. Det som minskat är korttidsfrånvaron men det går också att se att frisktal, vilket anger medarbetare med färre än fem sjukdagar, är något som förbättrats. Långtidsfrånvaron över 60 dagar har försämrats något.

Nyckeltal	Mätdatum	2021		2020		2020	
		Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Sjuklönekostnader, andel av löne-kostnader totalt (%)	1/1-31/12	2,8%		3,3%			
Frisktal, tillsvidareanställda som haft högst 5 sjukfrånvarodagar senaste 12 månaderna (%)	1/12-30/11	44,7%	43,7%	50,7%	38,1%	36,4%	48,1%
Sjukfrånvaro tillsvidareanställda (%)	1/12-30/11	10,4%	10,7%	8,5%	11,8%	12,3%	9%
Sjukfrånvaro totalt (%)	1/12-30/11	9,3%	9,7%	7,3%	10,6%	11,2%	7,5%
Sjukfrånvaro totalt, varav <15 dagar (%)	1/12-30/11	4,6%	4,8%	4%	5,4%	5,6%	4,8%
Sjukfrånvaro totalt, varav 15-90 dagar (%)	1/12-30/11	1,6%	1,7%	1,2%	1,6%	1,8%	0,8%
Sjukfrånvaro totalt, varav >90 dagar (%)	1/12-30/11	3,1%	3,3%	2,2%	3,1%	3,3%	2,4%
Andel av totala sjukfrånvaron som avser frånvaro under en sammanhängande period av 60 dagar eller mer (%)	1/12-30/11	44%	45%	36%	39%	39%	39%
Sjukfrånvaro totalt, anställda -29 år (%)	1/12-30/11	6,7%	7,1%	5,9%	6,9%	7,7%	5,1%
Sjukfrånvaro totalt, anställda 30-49 år (%)	1/12-30/11	9,4%	9,6%	8,6%	11,1%	11,6%	8,5%
Sjukfrånvaro totalt, anställda 50- år (%)	1/12-30/11	10,3%	10,8%	6,8%	11,7%	12%	8,6%
Rehabärenden pågående, antal	30/11	160		171		147	
						24	

Förväntad utveckling

Coronapandemin pågår fortsatt och kommer sannolikt att påverka verksamheterna även under 2022. Under slutdelen av 2021 ses en ökad smittspridning och utökade restriktioner är införda under januari 2022.

Bilaga: Information om ombudgetering av investeringsmedel

Information om ombudgetering av investeringsmedel från 2021 till 2022 (tkr)						
Nr	Projektbenämning	Investeringsbudget 2021	Använda investeringsmedel 2021	Avvikelse	Ombudgetering till 2022	Kommentar
970 012	Inventarier Dufvegården	13 084	5 676	7 408	700	Kvarvarande inköp som kommer att ske under 2022, tex. Trädgårdsmöbler och kvarvarande leverenser av möbler
970 017	Ny gruppbostad Humlen	700	442	258	100	Inköp som kommer att levereras under januari 2022 till "Sinnesrum" på Humlen.
Summa		13 784	6 118	7 666	800	

Bilaga: Uppföljning av handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR

Katrineholms kommuns handlingsplan för jämställdhet enligt CEMR (Council of European Municipalities and Regions) har reviderats och fastställdes av kommunfullmäktige i februari 2020. I handlingsplanen 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: Jämställdhetsarbetet och jämställdhetsperspektivet är en del i det mesta av förvaltningens arbete. Exempel på detta är att jämställdhetsperspektivet tas i beaktande i granskningen av ansökningar inom uppdrag psykisk hälsa. Anhörigcentralen har som utgång i sin verksamhet att den ska vara könsneutral. Måltidssituationen inom särskilt boende har i jämställdhetsanalyser visat sig vara jämställda. Inget riktat arbete just mot att bekämpa stereotyper har genomförts under året.

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: Den kommunövergripande processledargruppen har träffats under 2021. Vård- och omsorgsförvaltningen har i samarbete med service- och teknikförvaltningen slutfört arbetet med jämställdhetsanalysen om upplevelsen av måltider inom särskilt boende för äldre. Under 2021 har även en jämställdhetsanalys av Anhörigcentralen gjorts. Även denna gång har metoden 4 R använts.

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. Det fortsatta arbetet med att införa IBIC (individens behov i centrum) medför ökade möjligheter att identifiera individuella behov och motverka ojämlikhet i bedömningar.

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: Den vision som fastslagits i arbetet med jämställdhetsanalysen är att de aktiviteter som erbjuds på Anhörigcentralen ska vara könsneutrala och att det ska finnas ett brett utbud av aktiviteter. Exempel på nya mål är att erbjuda besök för att informera om Anhörigcentralen på lika många manligt dominerade arbetsplatser som kvinnliga, utvidga könsbaserad statistik, revidera olika typer av utskick och rutiner så att de är könsneutrala, använda könsneutrala bilder i sociala medier

Artikel 22 – Könsrelaterat våld

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

Kommentar: Relationsvåldsteamet har hållit en digital utbildning om våld i nära relation för yrkesverksamma inom vård- och omsorg, med fokus på äldre och normbrytande funktionsvariation. Alla har en varierande funktionsgrad, för att synliggöra att det är finns variationer som samhället i regel inte är anpassat efter, används begreppet normbrytande funktionsvariation. En ny utbildning är planerad till nästa år.

Bilaga: Uppföljning av indikatorer

Tillväxt, fler jobb & ökad egen försörjning

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Ökad sysselsättning <i>KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB</i>	Ungdomar som är etablerade på arbetsmarknaden 1 år efter fullföljd gymnasieutbildning, yrkesprogram kommunala skolor (%)	53,9%	54,4%	56,1%	52,8%	
	Praktikanter i kommunala verksamheter, antal	76		42	34	
	Invånare 17-24 år som varken arbetar eller studerar, andel (%)	10,3%	8,4%	10,5%	10,3%	
	Arbetslöshet 16-64 år (%)	9,3%	7,2%	9,6%	9%	

Attraktiva boende- & livsmiljöer

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Tryggare offentliga miljöer <i>KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KIAB, VSR</i>	Invånarnas bedömning av tryggheten i kommunen	60%		47%	76%	Utfallet avser andel invånare som i polisens trygghetsundersökning 2018 svarat trygg på frågan: "Om du går ut ensam sent en kväll i området där du bor, känner du dig då trygg eller otrygg?". Utfallet har förbättrats något jämfört med undersökningen 2015, för både kvinnor och män.
	Elever i åk 9 som känner sig trygga på väg till och från skolan, andel (%)	93%		90%	96%	
	Elever i år 2 på gymnasiet som känner sig trygga på väg till och från skolan, andel (%)	97%		96%	98%	
	Elever i åk 9 som känner sig trygga på stan eller i centrum, andel (%)	86%		89%	85%	
	Elever i år 2 på gymnasiet som känner sig trygga på stan eller i centrum, andel (%)	93%		93%	93%	

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
	Klottersanering som slutförts inom 24 timmar, andel av inkommande uppdrag till kommunen (%)	53%				
	Olyckor där räddningstjänstens första enhet kommer fram inom målsatt tid, andel (%)	98%				
	Personer som utbildats av räddningstjänsten kring olycksförebyggande och olycksavhjälpanande åtgärder, antal	1 967				
	Olyckor där en första skadebegränsande åtgärd gjorts av enskild, andel av olyckor som föranlett räddningsinsats (%)	51%				

Trygg vård & omsorg

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Fler brukare inom vård och omsorg ska ha en positiv upplevelse kring bemötande, förtroende och trygghet <i>KS, VON, KFAB</i>	Personalkontinuitet inom hemtjänsten, antal personal som en brukare inom hemtjänsten möter under 14 dagar, medelvärde	16	16	15	16	Utfallet avser 2021. Personalkontinuiteten har pendlat mellan 15 och 16 de senaste fem åren.
	Brukare på gruppbostad enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	80%	77%	94%	74%	Utfallet avser 2021. Andelen kvinnor som känner sig trygga har ökat markant medan andelen män har minskat. Mätningen genomförs ojämnt år.
	Brukare på servicebostad enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	81%	73%	80%	82%	Utfallet avser 2021. Resultatet har förbättrats nio procentenheter sedan 2019 (80 %). Mätningen genomförs ojämnt år.
	Brukare inom daglig verksamhet enligt LSS som svarar att de känner sig trygga med alla i personalen, andel (%)	85%	83%	86%	84%	Utfallet avser 2020. Resultatet är en ökning från föregående mätning (84%) och ligger något högre än riket. Den ökning som skett kommer från att andelen kvinnor som känner sig trygga har ökat från 82% till 86 %.
	Brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo hemma med stöd från hemtjänsten, andel (%)	86%	87,8%	85%	87%	Utfallet avser 2020. Resultatet har förbättrats sedan 2019 (84 %).

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
	Brukare som svarar att det känns ganska/mycket tryggt att bo på ett särskilt boende för äldre, andel (%)	88%	88%	83%	95%	Utfallet avser 2020. Resultatet har försämrats en procentenhet sedan 2019 (89 %). Genomsnittet för riket 2020 är 88 %.
Ökade förutsättningar för aktiviteter för brukare inom vård och omsorg <i>KULN, VON</i>	Boendeplatser i särskilt boende för äldre som erbjuder minst två organiserade och gemensamma aktiviteter på vardagar, andel (%)	73%	50%			Utfallet avser 2021. Att värdet inte är 100 % beror på att servicehusen ingår i mätningen, där förutsättningarna är annorlunda. För övriga särskilda boenden för äldre är siffran 100 %.
	Boendeplatser i särskilt boende för äldre som erbjuder minst en organiserad och gemensam aktivitet per dag under helgen, andel (%)	73%	42%			Utfallet avser 2021. Att värdet inte är 100 % beror på att servicehusen ingår i mätningen, där förutsättningarna är annorlunda. För övriga särskilda boenden för äldre är siffran 100 %.
	Brukare inom hemtjänsten med biståndsbeslut om social samvaro/promenad, andel (%)	44%		48%	36%	Utfallet avser 2021.
	Brukare som svarar att de är ganska/mycket nöjda med de aktiviteter som erbjuds på sitt särskilda boende för äldre, andel (%)	67%	60%	64%	71%	Utfallet avser 2020. Resultatet har försämrats sju procentenheter sedan 2019 (74 %). Genomsnittet för riket 2020 är 60 %. Utfallet gällande kvinnor har sjunkit mer än resultatet för män.
	Brukare i särskilt boende för äldre som svarar att de upplever att möjligheterna att komma utomhus är ganska/mycket bra, andel (%)	72%	56%	69%	78%	Utfallet avser 2020. Resultatet har förbättrats sex procentenheter sedan 2019 (66 %). Genomsnittet för riket har sjunkit något från 2019 (58 %). Utfallet för män har ökat mer än det gjort för kvinnor.
Måltiderna inom vård och omsorg ska utvecklas <i>STN, VON</i>	Brukare på särskilt boende för äldre som har möjlighet att välja mellan olika maträtter, andel (%)	100%	46%			Utfallet avser 2021.
	Brukare i särskilt boende för äldre vars nattfasta är mindre än 11 timmar (med hänsyn taget till den enskildes önskemål), andel (%)	37%		35%	41%	Utfallet avser mätning av nattfastan som genomfördes våren 2021. Resultatet var vid föregående mätning 42 %. Skillnaden mellan män och kvinnor har minskat.

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
	Äldre på vårdboenden med bedömd risk för undernäring som har en planerad förebyggande åtgärd, andel (%)	89%				Utfallet avser 2021. Tyvärr går det inte att få fram en siffra som helt stämmer överens med hur indikatorn är formulerad. Därför kommer indikatorn att ändras under 2022. Den siffra som nu finns motsvarar kvoten av det totala antalet riskbedömningar som har en handlingsplan. Varje enskild person kan ha flera riskbedömningar.
	Brukare som svarar att maten smakar ganska/mycket bra på sitt särskilda boende för äldre, andel (%)	76%	75%	73%	81%	Utfallet avser 2020. Resultatet har försämrats tre procentenheter sedan 2019 (79 %).
	Brukare som svarar att måltiderna på sitt särskilda boende för äldre oftast/alltid är en trevlig stund på dagen, andel (%)	71%	70%	71%	71%	Utfallet avser 2020. Resultatet ligger strax under resultatet för 2019 (72 %) och strax över nivån för riket.
Stärkt patientsäkerhet inom vård och omsorg VON	Personal inom vård och omsorg som följer basala hygienrutiner och klädregler, andel (%)	78%				Utfallet avser våren 2021. Andel personal inom vård och omsorg som följer basala hygienrutiner och klädregler utifrån alla åtta steg som ingår i mätningen har ökat 25 procentenheter sedan 2019 (53 %).
	Äldre på vårdboenden med bedömd risk för fall som har en planerad förebyggande åtgärd, andel (%)	88%				Utfallet avser 2021. Tyvärr går det inte att få fram en siffra som helt stämmer överens med hur indikatorn är formulerad. Därför kommer indikatorn att ändras under 2022. Den siffra som nu finns motsvarar kvoten av det totala antalet riskbedömningar som har en handlingsplan. Varje enskild person kan ha flera riskbedömningar.
	Rapporterade avvikelser inom hälso- och sjukvård som minst har en åtgärd, andel (%)	94%				Siffran avser 2021. Kvoten av andelen avvikelser rapporterade som HSL-avvikelser som vid utgången av 2021 har en åtgärd inlagd, dvs. ej med statusen "tom" i statistikeräkningen för åtgärder.
	Brukare som svarar att det är mycket eller ganska lätt att vid behov träffa en sjuksköterska på sitt särskilda boende för äldre, andel (%)	69%	74%	70%	68%	Utfallet avser 2020. Resultatet har försämrats fyra procentenheter sedan 2019 (75 %).

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Ökad möjlighet till delaktighet och inflytande SOCN, VON	Brukare på gruppboende enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	85%	78%	81%	92%	Utfallet avser 2021. Resultatet har förbättrats tio procentenheter sedan 2019. Genomsnittet för riket 2021 är 78 %. Mätningen genomförs ojämnt år.
	Brukare på serviceboende enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga hemma, andel (%)	89%	82%	93%	83%	Utfallet avser 2021. Resultatet har förbättrats sju procentenheter sedan 2019. Mätningen genomförs ojämnt år.
	Brukare inom daglig verksamhet enligt LSS som svarar att de får bestämma om saker som är viktiga, andel (%)	72%	75%	71%	73%	Utfallet avser 2020. Undersökningen genomförs på daglig verksamhet LSS under jämna år. Senaste undersökning gjordes dock 2017. Resultatet var då 70 %.
	Brukare med hemtjänst som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	86%	88%	85%	88%	Utfallet avser 2020. Resultatet har försämrats något sedan föregående år (90%). Genomsnittet för riket är 88 %.
	Brukare med hemtjänst som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får stöd, andel (%)	55%	59%	56%	55%	Utfallet avser 2020.
	Brukare inom särskilt boende för äldre som svarar att personalen oftast/alltid tar hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)	82%	79%	85%	76%	Utfallet avser 2020 och ligger på nära samma nivå som föregående år (83 %). Utfallet för män har sjunkit från 85 % till 76 % medan det ökat för kvinnor, 83 % till 85 %. Snittet för riket är 79 %.
	Brukare inom särskilt boende för äldre som svarar att de oftast/alltid kan påverka vilka tider de får hjälp av personalen, andel (%)	65%	60%	63%	69%	Utfallet avser 2020. Resultatet har förbättrats två procentenheter sedan 2019 (63 %). Skillnaden i utfall mellan män och kvinnor har minskat sedan 2019 (kvinnor 56 %, män 77 %)
Anhörigstödet ska utvecklas SOCN, VON	Träffar för anhöriga som socialförvaltningens öppenvårdsavdelning erbjuder, antal	345				
Kommunens kostnader för placeringar ska	Bildningsnämndens totala kostnader för placeringar (mnkr)	6,8	mnkr			

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
minska <i>BIN, SOCN, VON</i>	Vård- och omsorgsnämndens totala kostnader för externa boendeparceringar inom LSS (mnkr)	14,1 mnkr				Samma period föregående år 11,7 mnkr. Under 2021 har det inkommit ytterligare 4 barnärenden jämfört med 2020, totala ärenden under 2021 är 10 stycken (7 barn och 3 vuxna). Det kommer medföra ökade kostnader under nästa år då dessa inte har helårseffekt under 2021.
	Socialnämndens totala kostnader för placeringar (mnkr)	62,1 mnkr				

Ett rikt kultur- idrotts- & fritidsliv

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Fler ska delta aktivt i kultur-, idrotts- och fritidslivet <i>KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VON</i>	Deltagartillfällen Lyckliga Gatornas fritids- och lovverksamhet, antal	5 800		3 016	2 784	
	Besök på Turbinen och Perrongen, Lokstallet, antal	59 813				
	Deltagartillfällen kulturförvaltningens programverksamhet, antal	3 113		1 169	134	
	Aktiva låntagare Katrineholms bibliotek, antal	16 770		4 602	3 276	
	Besök i Konsthallen, antal	10 308				
	Deltagartillfällen i idrottsföreningar, antal/inv 7-20 år	21	24	16	25	
	Besök i simhallen, antal	37 608				
	Besök i Duveholmshallen, antal	0				
	Aktiva föreningar inom kultur, idrott och fritid som får bidrag, antal	98				
Kultur, idrott och fritid för barn och unga ska prioriteras <i>KS, BIN, KULN, STN, VON</i>	Andel deltagartillfällen för barn och unga (inkl lovverksamhet) som andel av totalt antal deltagartillfällen inom kulturförvaltningens programverksamhet (%)	67%				
	Bokningar med juniortaxa som andel av totalt antal bokningar på Sportcentrum (%)	77%				

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Jämställda kultur- och fritidsverksamheter <i>KS, BIN, KULN, STN, VON</i>	Könsfördelning deltagartillfällen i ungdomsverksamheten Perrongen, andel flickor/kvinnor (%)	30%				
	Könsfördelning deltagartillfällen kulturförvaltningens programverksamhet, andel pojkar/män (%)	32%				
	Könsfördelning aktiva låntagare biblioteket, andel pojkar/män (%)	42%				
	Könsfördelning deltagartillfällen 7-20 år idrottsföreningar med LOK-stöd, andel flickor/kvinnor (%)	35,5%	37,9%			

Hållbar miljö

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Ökad energieffektivitet i kommunens lokaler <i>KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KIAB</i>	Minskad energiintensitet (el och värme) i kommunala verksamhetslokaler som ägs och förvaltas av KFAB jämfört med basår 2007, (kWh/m ²)	19%				
	Minskad energiintensitet (el och värme) i kommunala verksamhetslokaler som ägs av kommunen och förvaltas av KFAB jämfört med basår 2007, (kWh/m ²)	9%				

Attraktiv arbetsgivare & effektiv organisation

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
Säkrad kompetensförsörjning <i>KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Tillsvidareanställda som slutat på egen begäran, antal	50		37	13	
	Månadsanställda som arbetar heltid, andel (%)	68%		64,4%	87,3%	
	Månadsanställda som är 65 år eller äldre, antal	27		27	0	
Ökat medarbetar-engagemang <i>KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Hållbart medarbetarengagemang, HME totalt	4,1		4,1	4,2	
	HME delindex ledarskap	4,1		4,1	4,1	
	HME delindex motivation	4,1		4,1	4,2	
	HME delindex styrning	4,1		4,1	4,2	
Förbättrad hälsa för kommunens medarbetare	Sjukfrånvaro tillsvidareanställda (%)	10,4%		10,7%	8,5%	
	Sjukfrånvaro totalt (%)	9,3%		9,7%	7,3%	

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
<i>KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Andel av totala sjukfrånvaron som avser frånvaro under en sammanhängande period av 60 dagar eller mer (%)	44%		45%	36%	
Kommunens tillgänglighet för invånarna ska öka <i>KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Andel invånare som får svar på en enkel e-postfråga inom en arbetsdag, (%)	74%	87%			
	Andel invånare som får ett direkt svar på en enkel fråga när de tar kontakt med kommunen via telefon, (%)	70%	56%			
	Gott bemötande via telefon, andel av maxpoäng (%)	85%	84%			
	Besökare som uppger att de hittade vad de sökte på webbplatsen, andel (%)	67%				
	Ärenden som hanteras genom e-tjänster (externa), antal	12 354				
	Besökare som har tillgång till MerÖppet på Kulturhuset Ängeln, antal	489				
	Ärenden som hanteras av Kontaktcenter (via besök, telefon, e-post), antal	12 966		4 042	8 924	
Ökad digital delaktighet <i>KS, BIN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>						
Ökad effektivitet genom nya samverkansformer internt och externt <i>KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON, KFAB, KIAB, KVAAB, VSR</i>						
Resultatet ska uppgå till minst en procent av skatteintäkterna <i>KS, BIN, BMN, KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Resultat som andel av skatt och generella statsbidrag (inklusive utjämnings), kommun (%)	9,8%				Utfallet avser jan-aug 2019, för kommunen som helhet.
	Årets resultat som andel av skatt & generella statsbidrag kommun, (%)	3,9%	4,3%			
Nettodriftskostnaderna ska inte öka snabbare än skatteintäkterna <i>KS, BIN, BMN,</i>	Förändring nettokostnader (%)	1,2%				
	Förändring skatteintäkter och generella statsbidrag (inklusive utjämnings) (%)	3,7%				

Resultatmål	Indikatorer	Utfall	Riket	Utfall kvinnor	Utfall män	Kommentar
<i>KULN, STN, SOCN, VIAN, VON</i>	Nettokostnad som andel av skatt och generella statsbidrag kommun, (%)	96%	96%			

Förslag om ombudgetering av investeringar år 2022

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden beslutar att godkänna förslaget till ombudgetering av investeringar för 2022.

Sammanfattning av ärendet

I 2022 års investeringsbudget finns 500 000 kronor avsatta för renoveringsbehov på LSS-bostaden Jägaregatan. Renovering av Jägaregatan kunde dock genomföras sent under 2021 och därför togs kostnaden inom befintlig driftsbudget föregående år.

Behovet av dessa investeringsmedel kvarstår dock under 2022 då Sundsgatan behöver renoveras utifrån brukares särskilda behov.

Vård- och omsorgsförvaltningen föreslår därför att 500 000 kronor ombudgeteras till annat prioriterat renoveringsarbete på Sundsgatan.

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Marie Myrbeck
Controller

Beslutet skickas till: VC funktionsstöd, controller, ekonom, akten

Redovisning av genomförd internkontroll 2021

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av genomförd internkontroll för 2021 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 25 februari 2021 (§ 33). Enligt kommunens reglemente för den interna kontrollen ska varje nämnd senast i samband med årsredovisningen rapportera resultatet av uppföljningen till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.

Resultatet av genomförda kontroller har varierat. Förvaltningens bedömning är att uppföljningen visar att verksamheten inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde i huvudsak fungerar väl. Samtidigt framgår att det alltjämt finns utvecklings- och förbättringsområden.

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 för vård- och omsorgsnämnden 2021.

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Lars Hernevid
Enhetschef lednings- och verksamhetsstöd

Beslutet skickas till: Kommunstyrelsen, revisorerna, intranätet, akten

Förslag

Internkontroll- rapport

Vård- och omsorgsnämnden

2021

Datum: 2022-02-07

Dnr: VON/2021:9-049

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Definition av intern kontroll.....	4
Kommunens årshjul och process för internkontroll.....	4
Riskvärdering	5
Internkontrollrapport	6
Kontrollområde: Privata medel särskilt boende och gruppboende.....	6
Kontrollområde: Privata utförare i Katrineholms kommun.....	6
Kontrollområde: Medborgarfunktionen.....	7
Kontrollområde: Avvikelsehantering.....	7
Kontrollområde: Kontroll av användare och behörigheter.....	8
Kontrollområde: Medarbetare och arbetsmiljö.....	8
Kontrollområde: Särskilda boenden inom äldreomsorg.....	9
Kontrollområde: Delaktighet.....	10
Kontrollområde: Dataskyddsförordningen (GDPR).....	10
Kontrollområde: Aktuella vårdplaner.....	11

Sammanfattning

Vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan för 2021 har särskilt fokuserat på kontrollmoment som innebär att säkra kvalitet för verksamhetens brukare. Exempelvis korrekt hantering av privata medel, delaktighet i genomförandeplan, att vårdplaner är aktuella och olika typer av uppföljning av avvikelshantering. Internkontrollplanen har också innehållit kontrollmoment som rör arbetsmiljö och hantering av GDPR.

Ett kontrollmoment som rör kontroll av behörigheter i verksamhetssystem har inte kunnat genomföras i full skala. Kontrollmomentet kommer att förändras inför 2022.

Förvaltningens sammantagna bedömning är att uppföljningen visar att verksamheten inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde i huvudsak fungerar väl. Samtidigt visar uppföljningen att det inom delar av förvaltningens verksamheter fortsatt finns ett behov av att utveckla hanteringen av avvikelser, tillbud och arbetsskador i våra verksamhetssystem.

I rapporten framgår resultatet för var och en av de beslutade kontrollerna för 2021. 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

Inledning

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 förfaringsätt 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

Risikkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: April-december 2021

Resultat:

Enhetschefer inom särskilt boende samt gruppboendestäder har kontrollerat samtliga brukares kassor, samt att rutinen privata medel följs.

Avvikelse som framkommit vid internkontrollen är t.ex. att några av kassorna inte stämde med saldot, ofullständiga kassablad, saknade kvitton och överenskommelse som behöver förnyas eller saknats.

Åtgärder har vidtagits där avvikelser funnits, t.ex. samtal med kontaktpersoner och god man, genomgång av rutinen på APT eller enskilda samtal med medarbetare. Det som också kan nämnas är att flertalet enheter inte hade några avvikelser alls.

Kontrollområde: Privata utförare i Katrineholms kommun

Kontrollmoment: Kontroll enligt "Förfrågningsunderlag - Valfrihetssystem för brukare enligt lagom om valfrihet Hemtjänst".

Riskvärdering

12

Risikkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Löpande under året

Resultat

Kontroll av aktuella genomförandeplaner görs kontinuerligt under året, de brister som upptäckts har åtgärdats. Särskild uppföljning av utförarnas arbete med avvikelser under året gjordes i december där respektive utförare fått återkoppling på avvikelsearbetet. Även kvalitetsgranskning av dokumentation skedde vid samma tillfälle.

En hemtjänstutförare har avslutats under året då de ej kunnat leva upp till de krav som ställs i förfrågningsunderlaget.

Kontrollområde: Medborgarfunktionen

Kontrollmoment: Aktgranskning

Riskvärdering

9

Riskkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Hösten 2021

Resultat

För aktgranskningen, som utgår från rättssäkerhet, har utredningar avseende nya beslut om avlösning inom äldreomsorgen enligt SoL stått i fokus. Granskningen har omfattat totalt 13 ärenden där insatsen kontaktperson granskats enligt LSS och SoL. Av de ärenden som granskats avser 8 beslut flickor/kvinnor och 5 beslut pojkar/män. Sammantaget avser 11 beslut bifall (7 enligt LSS och 4 enligt SoL) och 2 beslut avslag.

Resultat av aktgranskningen visar att utredningarna över lag uppfyller de rutiner som finns kring insatsen, däremot uppfyller de inte helt och hållet krav som ställs i lag.

Granskningen kommer fram till att ett förtydligande behöver ske angående av som ska ingå i utredning om avlösning. Att fundera vidare på i utredningsförfarandet är att innehållet i utredningen måste utgå från syftet/målet med insatsen. Bedömningar i förhållande till lagstiftningarnas portalparagrafer (tillgodosett på annat sätt/kan tillgodoses på annat sätt) behöver utvecklas.

Kontrollområde: Avvikelsehantering

Kontrollmoment: Övergripande statistik på samtliga avvikelser

Riskvärdering

12

Riskkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Månadsvis och total sammanställning januari 2022.

Resultat

Varje månad dras statistik ut från verksamhetssystemet, som dels syftar till en övergripande kontroll av eventuella lex Sarah och lex Maria-rapporter. Dels använder utredare i samråd med enhetschefer statistik för att se att inga enheter har många obearbetade avvikelser. Totalt sett har förvaltningen 2021 något fler avvikelser än 2020. 3897 avvikelser inrapporterades, och 2689 har bearbetats och

avslutats vid årets slut. Av samtliga avvikelser under 2021 står 990 avvikelser som ej bedömda, vilket motsvarar cirka 25% av avvikelserna. Andelen ej bedömda avvikelser som är rapporterade som HSL-avvikelser är 422 st. Merparten av dessa avvikelser är från årets sista tre månader, främst december. Det är framför allt tre enheter som har betydligt högre grad av ej bearbetade avvikelser. Vid en av dessa enheter har en särskild handlingsplan tagits fram för att förbättra arbetet med hanteringen av avvikelser. Av de avvikelser som finns i systemet vid utgången av 2021, avslutade eller under bearbetning, har 2681 stycken minst en åtgärd registrerad.

Kontrollområde: Kontroll av användare och behörigheter

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

Riskvärdering

12

Riskkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: Granskningen ej genomförd under 2021

Resultat

Granskningen har inte genomförts på det sätt som planerats under 2021. Dock har särskilda kontroller av avslutade användare införts och där säkerställer vård- och omsorgsförvaltningen på ett säkert sätt att dessa avslutas. Kontrollområdet bör kvarstå men kontrollmomentet behöver ändras till att vara helomfattande och möjligt att genomföra. Plan för detta finns.

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: Kontinuerligt under året och sammanställning i Januari 2022

Resultat

Granskning av statistik har genomförts av utredare. Granskningen visar att ca 30% av de arbetsskador och tillbud som rapporterats under året inte har hanterats i Stella, som är det system där arbetsskador och tillbud skall hanteras. Huvuddelen av dessa är från årets sista två månader. Kontrollpunkten bör kvarstå till kommande år.

Kontrollmoment: Genomförande av skyddsron

Riskvärdering

12

Risikkommentar

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

Kommentar

Datum för kontroll: 2021-11-23.

Resultat: Utredare har översiktligt gått igenom inkomna skyddsroner för 2021. Verksamheterna har i de flesta fall genomfört skyddsroner under 2021. I de få fall de inte genomförts är de inplanerade att göras innan årsslut. Sammanställningen av skyddsroner till internkontrollen har bidragit till att aktualisera genomförandet. Tre enheter/hus meddelar att de av olika skäl inte kommer att kunna genomföra skyddsroner under 2021, och har fått dispens för detta av verksamhetschefer för att göra dem tidigt 2022 istället.

Kontrollområde: Särskilda boenden inom äldreomsorg

Kontrollmoment: Kontroll av att bemanning natttid följer framtagna rutiner

Riskvärdering

12

Risikkommentar

Möjligt att framtagna rutiner inte följs. Kan få allvarlig konsekvens.

Kommentar

Datum för kontroll: Pågående under året.

Resultat: En utveckling av kontrollmomentet har gjorts under året. Två större tillsyner, som innefattar både dag- och nattpersonals kännedom om och följsamhet till rutiner, har genomförts. I samband med detta har även en större analys gjorts av enheternas arbete med avvikelser och genomförandeplaner. Arbetssättet har fungerat väl och kan utvidgas till att omfatta fler av förvaltningens verksamheter under det kommande året. På en av de granskade verksamheterna framkommer att kunskapsnivån kring gällande rutiner är något varierande mellan arbetsgrupperna på boendet. I granskningen framkommer två genomförandeplaner som inte är fullständiga. Åtgärder planeras för de uppkomna bristerna. I övrigt framkommer att kännedom om gällande rutiner ligger på en hög nivå och att arbetet med avvikelser och genomförandeplaner fungerar tillfredställande.

Kontrollområde: Delaktighet

Kontrollmoment: Kontroll av att brukare varit delaktiga vid upprättande av genomförandeplan

Riskvärdering

9

Risikkommentar

Möjlig risk att brukare ej varit delaktiga i upprättande av genomförandeplaner. Kan få kännbara konsekvenser i form av att vården och omsorgen inte utformas utifrån den enskildes behov och önskemål.

Kommentar

Datum för kontroll: 2021-11-22.

Resultat

Av de totalt 905 genomförandeplanerna som är aktuella har det i 31,5 % av planerna angetts att brukaren varit delaktig. Rutan för delaktighet ska i princip alltid vara ikryssad, eftersom vi förutsätter att brukarna ska göras delaktiga i upprättandet. Uppfattningen är att det egentligen bara är i undantagsfall som personen verkligen inte är delaktig i upprättandet men personalen missar att fylla i rutan i planen. En åtgärd är att fortsätta arbetet med att informera om hur genomförandeplanen skall upprättas, och hur man skall hantera om brukaren bara kunnat vara delaktig i väldigt liten mån. Kontrollpunkten behöver kvarstå och eventuellt utvidgas inför kommande år.

Kontrollområde: Dataskyddsförordningen (GDPR)

Kontrollmoment: Kontroll av att personuppgifter förvaras på ett säkert sätt

Riskvärdering

12

Risikkommentar

Möjlig risk att personuppgifter redovisats/lagrats på ett för obehöriga åtkomligt sätt, även om stöd för behandling av personuppgifter finns. Kan få allvarliga konsekvenser till följd av att personuppgifter röjs.

Kommentar

Datum för kontroll:2022-01-04.

Resultat

Stickprov har genomförts på tio olika månadsrapporter i stratsys. Inga personuppgifter förekommer i dessa. Stickprov har genomförts på 20 dokument som ej sekretess- eller gdpr- markerats i lex. Sökning gjordes på dokument upprättade under mars respektive oktober, tio dokument i vardera månad kontrollerades. Inga personuppgifter förvaras så att obehöriga kommer åt dem.

Kontrollområde: Aktuella vårdplaner

Kontrollmoment: Kontroll att inga vårdplaner är äldre än ett år

Riskvärdering

9

Kommentar

Datum för kontroll: 2021-11-22

Resultat

Journalgranskning har genomförts av legitimerad sjuksköterska och rehabpersonal. Totalt har 157 planer granskats, av dessa bedöms 119 som aktuella. För att anses som aktuell skall de vara uppföljda och uppdaterade under det senaste året.



Förslag till internkontrollplan 2022 vård- och omsorgsnämnden

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner upprättad internkontrollplan för år 2022.

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 2021 års internkontrollarbete, upprättat ett förslag till internkontrollplan för år 2022.

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 2022.

Ärendets handlingar

- Förslag till vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan 2022.

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Lars Hernevid
Enhetschef lednings- och verksamhetsstöd

Beslutet skickas till: Intranätet, controller, ekonom, akten

Förslag

Internkontroll- plan

Vård- och omsorgsnämnden

2022

Datum: 2022-02-03

Dnr VON/2022:17-1.5.2

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Definition av internkontroll	4
Kommunens årshjul och process för internkontroll.....	4
Kartläggning av kontrollområden, kontrollmoment och riskvärdering	5
Modell för kartläggning och riskvärdering	5
Kartläggning av kontrollområden och kontrollmoment.....	6
Riskvärdering av kontrollmoment.....	6
Internkontrollplan	7

Sammanfattning

Internkontrollplanen för 2022 innefattar både verksamhetsmässiga och ekonomiska kontroller. I jämförelse med förgående år har tidigare natttillsyn inom äldreomsorgens särskilda boenden utvecklats till en kvalitetstillsyn som kommer att utföras inom flera av såväl äldreomsorgens som funktionsstöds verksamheter. Även den kontrollpunkt som gäller granskning av behörigheter i verksamhetssystem har ändrats i sitt utförande.

En kontrollpunkt har lagts till om kontroll av det systematiska brandskyddsarbetet och en punkt har lagts till gällande stärkt patientsäkerhet. Kontroll av brukares delaktighet i upprättandet av genomförandeplaner lyfts bort från internkontrollplanen.

Inledning

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 vård- och omsorgsförvaltningens ledningsgrupp. En genomgång av föregående års internkontrollplan och rapport gick igenom och utvärderades. Eventuella nya kontrollområden har fångats upp utifrån arbetet med patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsberättelse. Deltagarna i ledningsgruppen har inom sina egna verksamhetsområden också fångat upp eventuella nya kontrollområden. I kartläggningen framgår att ett kontrollmoment gällande behörigheter i verksamhetssystem inte varit möjlig att genomföra på ett tillfredställande sätt. Detta moment omformuleras något. Ett helt nytt kontrollområde för året är det systematiska brandskyddsarbetet där ett nytt kontrollmoment blir att begära in och granska protokoll från brandskyddsronder i våra verksamheter under året. Stärkt patientsäkerhet utökas med ytterligare ett kontrollmoment, kontroll av att avvikelser enligt HSL har dokumenterad uppföljning av genomförda åtgärder.

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. För kontroll av delaktighet i upprättande av genomförandeplaner bedöms nuvarande arbetsrutiner så goda att risken för missar är inte längre så hög att kontrollmomentet behöver ligga kvar i internkontrollplanen. Arbeta med kvalitet i genomförandeplan bedöms också fångas upp på ett bra sätt av det systematiska kvalitetsarbetet.

Gällande dag och nattinsyn inom särskilda boenden för äldre kvarstår risken att alla inte känner till gällande rutiner. Risken bedöms även finns inom fler av våra verksamheter. Kontrollmomentet bedöms också behöva förändras för att på ett bättre sätt täcka en större del av kvalitetsarbetet.

Vidare kartlades och riskvärderades eventuella nya kontrollområden och kontrollmoment via förvaltningens ledningsgrupp samt nyckelpersoner inom olika områden. Av de nya kontrollmoment som riskvärderats har ett nytt rörande systematiskt brandskyddsarbete lyfts in i internkontrollplanen för 2022.

Internkontrollplan

Område	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Riskvärdering	Frekvens	Ansvarig
Privata medel särskilt boende och gruppbostäder	Kontroll att uppsatt riktlinje kring hanteringen av privata medel följs	Enhetschef på särskilt boende samt gruppbostäder kontrollerar samtliga brukares kassor, samt att tillämpningen av rutinen kring privata medel följs	12	En gång per år i oktober	Enhetschef
Privata utförare i Katrineholms kommun	Kontroll enligt "Förfrågningsunderlag - Valfrihets-system för brukare enligt lagom om valfrihet Hemtjänst"	Enligt förfrågningsunderlaget	12	1 gång per år	Verksamhetschef förvaltningskontor
Medborgarfunktionen	Aktgranskning	Ärendegranskning utifrån urval av ärenden	9	1 gång per år	1:e Handläggare LSS
Avvikelsehantering	Kontroll av ej hanterade avvikelser	Utdrag ur Treserva, samt stickprov. Presentation per verksamhetsområde av antal ej hanterade avvikelser	12	1 gång per månad	Utredare
Kontroll av användare och behörigheter	Granskning av att aktuella användare ligger i våra verksamhetssystem, samt att de har rätt behörighet	Kontroll av behörighetslistor i Treserva och Nationell patientöversikt (NPÖ). Granskning sker genom att ansvarig enhetschef går igenom lista över behöriga på aktuell enhet och rapporterar eventuella felaktigheter till IT-samordnare	9	2 ggr per år i mars och oktober	Enhetschef efter instruktion/utskick från IT-samordnare. IT-samordnare sammanställer resultat.
Medarbetare och arbetsmiljö	Hantering av arbetsskador och tillbud	Granskning av att rapporterade arbetsskador och tillbud hanteras skyndsamt. Utredare tar fram underlag	12	2 gånger per år, juni och december	Verksamhetschefer
	Genomförande av skyddsronder	Granskning av att årliga skyddsronder genomförs. Sker genom att dokumentation avseende genomförda skyddsronder begärs in	12	1 gång per år	Utredare

Område	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Riskvärdering	Frekvens	Ansvarig
Kvalitetsarbete	Kvalitetstillsyn	Kvalitetstillsyner genomförs i utvalda verksamheter inom funktionsstöd, särskilda boenden för äldre och hemtjänst. Avvikelsestatistik och genomförandeplaner granskas, personal och chef intervjuas om deras kännedom om gällande rutiner	12	Omkring tio verksamheter granskas under året	Utredare
Dataskyddsförordningen (GDPR)	Kontroll av att personuppgifter förvaras på ett säkert sätt	Stickprovsgranskning av gemensam lagringsmedia/system, som diskar, Lex och Stratsys, för att kontrollera att personuppgifter inte sparats på så sätt att obehöriga kan komma åt dem	12	2 gånger per år	GDPR-ansvarig
Stärkt patientsäkerhet	Kontroll att inga vårdplaner är äldre än ett år	Stickprovsgranskning av vårdplaner för att kontrollera att de är aktiva och korrekta	9		Utredare
	Rapporterade avvikelser enligt HSL har dokumenterad uppföljning av åtgärder	Kontroll av att avslutade avvikelser har en dokumenterad uppföljning av vidtagna åtgärder.	9	2 ggr/år	MAS/Utredare
Systematiskt brandskyddsarbete SBA	Genomförande av brandskyddsrond	Granskning av att årliga brandskyddsronder genomförs. Sker genom att dokumentation avseende genomförda brandskyddsronder begärs in.	12	En gång per år	Utredare

Förslag om habiliteringsersättning för år 2022 inom daglig verksamhet/sysselsättning

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

- Habiliteringsersättningen för personer med daglig verksamhet enligt LSS skall fortsatt vara 20 kronor per timme under 2022 med anledning av det särskilt riktade statsbidraget som berör målgruppen.
- Habiliteringsersättningen för personer med daglig sysselsättning enligt socialtjänstlagen (SoL) skall fortsatt vara 15 kronor per timme under 2022.
- Habiliteringsersättning kan utbetalas för närvaro upp till 8 timmar/dag, maximalt 40 timmar/vecka. Ett tillägg för obekvämt arbetstid efter klockan 17 vardagar samt lördag och söndag ska utbetalas med 2 kronor extra per timme.
- Förändringarna med ökad veckoarbetstid samt höjd ersättning för obekvämt arbetstid ska ligga kvar under 2022.
- Den ökade timersättningen och möjligheten till högre veckoarbetstid samt ob-tillägg beslutas på ett år i taget.
- Ovanstående ska gälla oavsett om medel i form av statsbidrag kommer att fördelas för 2022.

Sammanfattning av ärendet

Statsbidraget infördes 2018 och syftar till att införa, bibehålla eller höja en låg dagpenning till dem som deltar i daglig verksamhet enligt LSS (så kallad *habiliteringsersättning*). Om kommunen rekviderar men inte använder pengarna så betalas de tillbaka.

Katrineholm har sedan 2018 höjt habiliteringsersättningen från 10 kr till 15 kr/timme med hjälp av statsbidraget. Katrineholm har även ändrat så att ersättningen kan betalas ut för 40 timmar/vecka samt för obekvämt arbetstid 2 kr/timme.

I juni 2021 beslutade Vård- och omsorgsnämnden att höja habiliteringsersättningen för personer med daglig verksamhet enligt LSS till 20 kr per timme under år 2021 med anledning av statsbidraget. Som tidigare med förbehållet att höjningen enbart gäller så länge statsbidraget kan rekvideras. Detta skall vara tydligt i all information om habiliteringsersättningen.

Vård- och omsorgsförvaltningens bedömning

Vård- och omsorgsförvaltningens bedömning är att habiliteringsersättningen för personer som deltar i daglig verksamhet enligt LSS ska vara kvar på samma nivå även för 2022, det vill säga 20 kronor/timme. Habiliteringsersättningen för personer inom daglig sysselsättning enligt SoL bör kvarstå på 15 kronor/timme då statlig finansiering saknas och kostnaden behöver tas inom vård- och omsorgsnämndens befintliga ram.

Om statsbidrag för habiliteringsersättning för personer som deltar i daglig verksamhet enligt LSS inte kommer att fördelas för 2022 kommer även detta att behöva tas inom befintlig ram.

Omfattning av habiliteringsersättning på daglig verksamhet enligt LSS och daglig sysselsättning enligt SoL i Katrineholm

Antal personer inom daglig verksamhet enligt LSS som får habiliteringsersättning är för närvarande cirka 246 personer. Daglig verksamhet är en frivillig insats enligt LSS.

Antal personer inom daglig sysselsättning enligt SoL, personer inom socialpsykiatrins sysselsättningsverksamhet, är för närvarande cirka 44 personer. Daglig sysselsättning är en frivillig insats enligt SoL.

Kostnadsberäkning

Kostnaden för bibehållen timersättning för personer på daglig verksamhet enligt LSS beräknas till 1 875 000 kronor årligen.

Kostnaden för bibehållen timersättning för personer på daglig sysselsättning enligt SoL beräknas till 100 000 kronor årligen.

Kostnaden för bibehållen utökad arbetstid och ersättning för obekväm arbetstid beräknas till 20 000 kronor årligen.

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Lars Hernevid
Enhetschef

Beslutet skickas till: *Verksamhetschef, enhetschef Resurscenter, administratörer funktionsstöd, akten*



Förslag till revidering av aktuella ersättningsbelopp - bilaga 2 till Förfrågningsunderlag - Valfrihetssystem för brukare enligt lagen om valfrihet, Hemtjänst

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

- Vård- och omsorgsnämnden beslutar att ändra aktuella ersättningsbelopp i bilaga 2 till "Förfrågningsunderlag, Valfrihetssystem för brukare enligt lagen om valfrihet, Hemtjänst", enligt förvaltningens förslag.
- De nya ersättningsbeloppen ska gälla från den 1 januari 2022.

Sammanfattning av ärendet

Förfrågningsunderlaget ska ses över regelbundet. En översyn gjordes senast den 27 augusti 2020 och gäller från den 1 januari 2021. En ny översyn planeras under våren 2022.

Ersättningsbeloppen regleras i bilaga 2 till förfrågningsunderlaget. Ersättningsbeloppen höjdes senast den 1 januari 2021 enligt nämndens beslut den 28 januari 2021, § 13.

Vård- och omsorgsförvaltningen föreslår nu en höjning av ersättningsbeloppen att gälla från den 1 januari 2022. Höjningen baseras på löneökningar.

Ärendets handlingar

- Förslag till revidering av aktuella ersättningsbelopp - bilaga 2 till "Förfrågningsunderlag, Valfrihetssystem för brukare enligt lagen om valfrihet, Hemtjänst"

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Marie Myrbeck
Controller

Beslutet skickas till: IT-samordnare, ekonomiassistent, utförare av hemtjänst, controller, ekonom, akten

Förslag till revidering

Aktuella ersättningsbelopp

Bilaga 2 till "Förfrågningsunderlag, Valfrihetssystem för brukare enligt lagen om valfrihet, Hemtjänst"

Gäller från XXXX-XX-XX

Dnr VON/2022:13-711

Fastställt av vård- och omsorgsnämnden: 2010-09-23, § 108

Reviderat av vård- och omsorgsnämnden:

2013-06-13, § 57 (att gälla från 2014-01-01)

2013-12-05, § 115 och § 117, 2014-01-30, § 10 (att gälla från 2014-01-01)

2015-06-04, § 74 (att gälla från 2015-07-01)

2017-01-26, § 11 (att gälla från 2017-02-01)

2018-01-25, § 9 (att gälla från 2018-01-01)

2018-06-07, § 57 (att gälla från 2018-07-01)

2018-12-06, § 113 (att gälla från 2019-01-01)

2020-08-27 § 47 (att gälla från 2021-01-01)

2021-01-28, § 13 (att gälla från 2021-01-01)

2022-02-24, § X (att gälla från 2022-01-01)

Ekonomi

Timersättning

Ersättning utgår i efterskott för utförd tid i enlighet med beställning från beställaren och från och med den dag verkställigheten påbörjades. Om utföraren utför både service- och omvårdnadsinsatser utgår som ersättning beloppet för omvårdnad för samtliga timmar. Ersättning utgår maximalt för tid upp till totalt beställd tid.

I ersättningen ingår personalkostnad per timme, ersättning för sjuk- och semestervikarier, ersättning för övriga kostnader, administrativa kostnader och kringtid (tid för förflyttning, dokumentation, arbetsplatsträffar och utbildning).

Ersättningen utgår med följande belopp till externa och interna utförare:

		Extern utförare	Intern utförare
Serviceinsatser	Servicehus*	<u>359-372</u> kronor/timme	<u>318-329</u> kronor/timme
Serviceinsatser	Tätort	<u>440-455</u> kronor/timme	<u>416-429</u> kronor/timme
Serviceinsatser	Landsbygd	<u>532-550</u> kronor/timme	<u>504-522</u> kronor/timme
Personlig omvårdnad	Servicehus*	<u>372-385</u> kronor/timme	<u>332-344</u> kronor/timme
Personlig omvårdnad	Tätort	<u>456-472</u> kronor/timme	<u>434-448</u> kronor/timme
Personlig omvårdnad	Landsbygd	<u>554-573</u> kronor/timme	<u>517-535</u> kronor/timme

* Från och med den 1 april 2019 ingår inte servicehus längre som valbart alternativ i förfrågningsunderlaget enligt LOV. Utförare som per detta datum har brukare på servicehus, behåller dessa så länge brukaren själv önskar. En brukare kan dock alltid byta till kommunen som utförare, men inte till annan extern utförare.

För kommunens anställda används ett högre PO-tillägg (40,15 % istället för 38,46 %) för att finansiera kommande pensionsavsättningar.

Övriga ersättningar

Rapporteringstid för hälso- och sjukvårdsinsatser 15 minuter tre vardagar i veckan per medarbetare ersätts med 63 kronor per mottagande person och tillfälle.

Bomtid, ersätts enligt den insats som är beställd med 250 kr per timme.

Handledning avser 30 minuter ersätts med 125 kronor per person och tillfälle.

Dubbelbemanning, ersätts enligt insats.

Med servicehus* avses:

- Igelkottens serviceboende i Katrineholm (husen 1-3)
- Panterns serviceboende i Katrineholm

Katrineholms tätort:

- Öster
- Centrum
- Norr
- Nävertorp
- Söder

Katrineholms landsbygd:

- Bie
- Björkvik
- Forssjö
- Sköldinge
- Strångsjö
- Valla
- Julita/Äsköping

Se karta för definition av vad som räknas som servicehus, tätort och landsbygd (bilaga 3).

Ersättningen utgår endast om upprättad genomförandeplan finns senast tre veckor efter att uppdraget har påbörjats. För att ersättning ska utgå ska det finnas en aktuell genomförandeplan, den ska uppdateras vid förändringar eller minst en gång i halvåret.

Den framräknade ersättningen baseras på personalkostnader och övriga kostnader. Ersättningen skall täcka den tid som tillbringas tillsammans med brukaren, tid som går åt till förflyttning, planering, dokumentation, samverkan med andra aktörer och personalens kompetensutveckling. Även ersättning för transporter, lokaler och övriga kostnader ingår. Ersättning för dubbelbemanning, rapporteringstid för hälso- och sjukvård och handledningstid utgår enligt *Övriga ersättningar*. Samma ersättning utgår till beställarens egenregi med undantag för administrativa overheadkostnader och momskompensation. Ingen ersättning utgår för fria nyttigheter som anslutning till verksamhets- och IT-system, stöd av sjuksköterskor eller rehabiliteringspersonal samt tekniska hjälpmedel (inklusive arbetstekniska hjälpmedel).

Moms

Tjänster som utförs inom hemtjänsten är momsfria om utföraren tillhandahåller både omvårdnads- tjänster och servicetjänster eller bara omvårdnadstjänster. Vid beräkning av timpriset för dessa utförare har hänsyn tagits till att tjänsterna är momsfria.

I de fall som utföraren endast tillhandahåller servicetjänster blir tjänsten istället momspliktig. I dessa fall skall utförarna lägga på moms på det fastställda beloppet.

Prisjustering

Ersättning per timme prövas årligen med hänsyn tagen till förändringar i kostnadsläget avseende personalkostnader och övriga kostnader, samt eventuella förändringar i resursfördelningen på grund av politiska beslut.

Fakturering

Se skrivning i avtal.



Förslag till yttrande över motion om delade turer

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden ställer sig bakom vård- och omsorgsförvaltningens yttrande och översänder det som nämndens eget till kommunledningsförvaltningen.

Nämnden föreslår att motionen ska anses vara besvarad.

Sammanfattning av ärendet

Kristdemokraterna har i en motion till kommunfullmäktige föreslagit att utreda möjligheten att de delade turerna blir frivilliga samt att utreda möjligheten att betala en viss procent av timlönen under de lediga timmarna, alternativt ta ut i ledighet.

Vård- och omsorgsnämnden har fått ärendet på remiss och svar ska vara inne hos kommunledningsförvaltningen senast 2022-03-31.

Vård- och omsorgsförvaltningens yttrande och bedömning

Utgångspunkten gällande schemaläggning är att brukarnas behov av stöd ska tillgodoses. Inom vissa verksamheter kan detta innebära att antalet insatser som ska utföras är ojämnt fördelade över dagen. Vanligtvis är behoven av stöd störst under morgon och kväll. Med anledning av detta och utifrån de aktuella personalresurserna förekommer delade turer. Delade turer innebär i vissa fall även att frekvensen helgarbete kan hållas på en lägre nivå, det vill säga att personalen arbetar färre helger. God planering och fördelning av resurser är en förutsättning för att hålla nere andelen delade turer. Vård- och omsorgsförvaltningen arbetar kontinuerligt enligt kommunplanens mål om att antalet delade turer ska minska och att de i möjligaste mån ska vara frivilliga.

I budgetpropositionen för 2022 beslutade riksdagen att sökbara medel för att motverka delade turer ska införas. Utgångspunkten är en modell som kallas Söderhamnsmodellen, som bygger på frivilligt delade turer samt ekonomisk ersättning för väntetid. Totalt ska 300 miljoner kronor tillföras år 2022 och 600 miljoner år 2023. I dagsläget saknas närmre bestämmelser för hur detta ska genomföras, förvaltningen bevakar frågan och insatser kan bli aktuella.

Med detta anser förvaltningen att motionen är besvarad.

Ärendets handlingar

- Motion om delade turer
- Remissanvisning

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Jens Thomsen
Utredare

Beslutet skickas till: Kommunledningsförvaltningen, akten



Katrineholm 2021-04-29

MOTION

Delade turer gör en del personal sjuka!

Många som jobbar inom vård och omsorg är missnöjda över sina delade turer, alltså att ha två arbetspass under samma dag med en längre obetald paus emellan. Pausen kan vara flera timmar mellan arbetspassen och det är helt oacceptabelt. Att jobba med delade turer med väntan i antal timmar emellan är påfrestande för många. Arbetet är tungt både fysiskt och psykiskt och med många tunga moment under dagen. Bor man sedan långt från sin arbetsplats innebär det att man får sitta och vänta flera timmar till nästa pass. Alla har inte möjlighet att åka hem och många anser att uppehållet mellan passen är svåra att använda på ett vettigt sätt och att både fritiden, det sociala livet och föräldraskapet påverkas negativt.

Delade turer sliter på människor och därför vill vi Kristdemokrater undersöka möjligheten till att personalen får arbeta delade turer frivilligt.

Vi vill också utreda möjligheten att betala en viss procent av timlönen under de lediga timmarna, alternativt ta ut i ledighet.

Detta har redan genomförts i en del kommuner med gott resultat, en del vill inte alls arbeta delade turer och en del känner sig mer motiverade att arbeta delade turer när man får en viss kompensation för detta. Sjukskrivningarna har också gått ner i dessa kommuner.

Vi behöver en modern syn på arbete där arbetstagare har en större makt över sin egen tid. Välmående personal som arbetar inom omsorgen är helt avgörande för alla som får omsorg.

Personalen förtjänar goda arbetsvillkor. Katrineholms kommuns arbete att vara en attraktiv arbetsgivare skulle också gynnas av detta förslag.

Kristdemokraterna föreslår alltså att:

- utreda möjligheten att de delade turerna blir frivilliga
- utreda möjligheten att betala en viss procent av timlönen under de lediga timmarna, alternativt ta ut i ledighet.

Marian Loley

Kristdemokraterna

Ledamot kommunfullmäktige

Joha Frondelius

Kristdemokraterna

Ledamot kommunfullmäktige

Kommunledningsförvaltningen

Nämndadministration

Vår handläggare
Emma FälthInkom 2021-08-18
Dnr VON/2021:61 – 025
Hnr 2021:823
Kopia: VON sekr, LGRDatum
2021-08-18Vår beteckning
KS/2021:152 - 025

Ert datum

Er beteckning

Remissanvisning - Motion om att delade turer gör en del personal sjuka

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.

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.

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 2022-03-31.

Remissinstanser

Vård- och omsorgsnämnden

Kontakt

Marie Sandström Koski	0150-570 19
Axel Stenbeck	0150-570 80
Emma Fälth	0150-570 15

Förslag att ansöka om statsbidrag för personliga ombud 2022 samt årsredovisning 2021 och verksamhetsplan 2022

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 2022.
- Nämnden ställer sig bakom årsredovisning 2021 och verksamhetsplan 2022.

Sammanfattning av ärendet

Länsstyrelsen har den 8 november 2021 översänt information om ansökan om statsbidrag för verksamhet med personliga ombud år 2022.

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 2022.

Ansökan ska ha inkommit till länsstyrelsen senast den 1 mars 2022. På blanketten ska anges vilken nämnd som beslutat om ansökan.

Sökanden ska 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 2022 års verksamhet.

Ärendets handlingar

- Ansökan till länsstyrelsen om statsbidrag för verksamhet med personliga ombud år 2022
- Verksamhetsplan 2022
- Verksamhetsberättelse 2021

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Pia Aalto
Enhetschef medborgarfunktionen

Beslutet skickas till: Länsstyrelsen, akten

Kopia för kännedom: Flens kommun



Ansökan om statsbidrag för verksamhet med Personligt ombud 2022

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

Statsbidraget har föregående år utgått med 404 530 kr per år för en heltidstjänst. 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.

Sökande kommun

Kommunens namn: Katrineholms kommun	
Förvaltning: Vård- och omsorgsförvaltningen	
Postadress: 641 80 Katrineholm	
Telefonnummer: 0150-488099	E-post: Vard.omsorg@katrineholm.se
Organisationsnummer: 212 000-0340	Plus-eller bankgiro: 5798-193
Ansökan avser år:	2022
Antal årsanställningar (heltid, ange i årsarbeten):	2,00
Referens på utbetalningen: ZX71106110	
Nämnd som beslutat om ansökan: Vård- och omsorgsnämnden	

Postadress
611 86 NYKÖPING

Besöksadress
Stora torget 13

Telefon
010-223 40 00

Telefax
0155-26 71 25

E-post
sodermanland@lansstyrelsen.se

Organisationsnr
202100-2262

Plusgiro
35174-2

Bankgiro
5051-8653

Faktureringsadress
FE 98
838 73 FRÖSÖN

Internet
www.lansstyrelsen.se/sodermanland



Ansökan avser även verksamhet i följande kommun/kommuner:
Katrineholm och Flen

Ifylld och underskriven blankett skickas till adressen i sidfoten.

Kontaktperson

Befattning:	Enhetschef
Namn:	Pia Aalto
Postadress:	Vård- och omsorgsförvaltningen, 641 80 Katrineholm
Telefonnummer: 0150-48 80 99	E-post: pia.aalto@katrineholm.se

Driftsform/driftsformer och utförare

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

Skriv ditt svar här.

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?

Ledningsgruppen består av:

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

Adjungerade till ledningsgruppen är de 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, t ex Kronofogdemyndigheten, Överförmyndaren och Skattemyndigheten.

Postadress
611 86 NYKÖPING

Besöksadress
Stora torget 13

Telefon
010-223 40 00

Telefax
0155-26 71 25

E-post
sodermanland@lansstyrelsen.se

Organisationsnr
202100-2262

Plusgiro
35174-2

Bankgiro
5051-8653

Faktureringsadress
FE 98
838 73 FRÖSÖN

Internet
www.lansstyrelsen.se/sodermanland



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.)

Skriv ditt svar här: 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 som beskrivs som de 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 2022. 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. Arbeta med händelserapportering kring systemfel och brister. Tips från annat län vid Socialstyrelsens utbildning.

Synliggöra sig i olika verksamheter där klienter befinner sig t ex. öppna verksamheter i kommunal regi, kyrkans regi. Har till exempel under 2021 bjudits in till kyrkans öppna café och ska försöka bygga upp samverkan under 2022.

Informera om verksamheten personligt ombud i Regionen och kommunernas verksamheter.

Delta i inventeringen som ska genomföras av samtliga kommuner i Södermanlands län avseende målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. Delta i analys av behov i kommunerna och i länet. Syftet är att tillgodose de behov som finns.

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.)

Skriv ditt svar här.

Personliga ombuden behöver initiera eget behov av kompetensutveckling och utbildning. Kommunen ska bevaka och följa utbildningsbehov för var och en av ombuden.

Diskutera med ombuden i Sörmland för att starta upp kollegial handledning.

Postadress
611 86 NYKÖPING

Besöksadress
Stora torget 13

Telefon
010-223 40 00

Telefax
0155-26 71 25

E-post
sodermanland@lansstyrelsen.se

Organisationsnr
202100-2262

Plusgiro
35174-2

Bankgiro
5051-8653

Faktureringsadress
FE 98
838 73 FRÖSÖN

Internet
www.lansstyrelsen.se/sodermanland



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.

Statistikuppgifterna avser mängdstatistik.

Utveckling av verksamhetsfrågor kan följas av de redovisningar som görs i ledningsgruppen vid eventuella förändringar i verksamheten.

De mål som satts för verksamheten följs månadsvis och rapporteras i kommunernas månadsredovisning.

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.
- Tydliggöra de personliga ombudens roll genom att kontinuerligt se över deras arbetsuppgifter samt att sätta ramar för uppdraget.
- Ombesörja för information om eventuella förändringar i regelverket.
- Fortsätta utveckla strukturen för systematiskt förbättringsarbete genom att uppmärksamma systemfel och brister.
- Aktivt begära återkoppling från huvudmännens verksamhet efter uppkommen avvikelse.
- Följa det arbete som kommer ske inom ramen för inventering av målgruppen i hela Södermanlands län

Ort och datum Katrineholm den	
Behörig företrädare för verksamheten	Namnförtydligande och befattning Anna-Lena Ramstedt Förvaltningschef Vård- och omsorgsförvaltningen Katrineholms kommun

Postadress
611 86 NYKÖPING

Besöksadress
Stora torget 13

Telefon
010-223 40 00

Telefax
0155-26 71 25

E-post
sodermanland@lansstyrelsen.se

Organisationsnr
202100-2262

Plusgiro
35174-2

Bankgiro
5051-8653

Faktureringsadress
FE 98
838 73 FRÖSÖN

Internet
www.lansstyrelsen.se/sodermanland

Vår handläggare

Pia Aalto

Verksamhetsplan 2022 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 hon/hon kan återta kontrollen och makten över sitt liv.
- ta 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

En ledningsgrupp leder verksamheten.

Personliga ombud i Flen och Katrineholm

Vård- och omsorgsförvaltningen
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSPLAN 2022

2 (4)

Besöksadress:
Drottninggatan 21, Katrineholm
www.katrineholm.se Org.nummer 212000-0340

Datum
2022-02-03

Vår beteckning
VON/2022:10-2.5.2

Ledningsgruppen består av:

- Enhetschef medborgarfunktionen, vård- och omsorgsförvaltningen, Katrineholms kommun (sammankallande)
- Enhetschef och samordnare, Flens kommun
- Psykiatrin Region Sörmland
- Försäkringskassan (finns ingen representant i dagsläget)
- Arbetsförmedlingen (finns ingen representant i dagsläget)
- Representant intresseföreningarna Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)
- Primärvården Hälsoval
- Enhetschef Socialförvaltningen, Katrineholms kommun.

Adjungerade till ledningsgruppen är 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.
- 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 avvikelser.

Arbetsmodell

Den modell verksamheten arbetar utifrån, innefattar följande faser:

- Kontakten, där initiativet kan komma från klient, anhörig, personal eller myndighet. Klienten skall själv vilja ha kontakten. Kontaktfasen bör innefatta information om verksamheten och arbetsmodellen.
- Förtroendeskapande fasen, där en professionell relation skapas.
- 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.
- Utvärdering tillsammans med klienten om man uppnått det man inledningsvis förutsatte, och dra lärdomar av detta.
- Avslutningen, alternativt vilande eller underhållskontakt en tid.



Aktiviteter 2022

- Fortsätta arbetet med rapportering av systemfel och brister.
- Påbörja 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, kyrkans regi. Har till exempel under 2021 bjudits in till kyrkans öppna café och ska försöka bygga upp samverkan under 2022.
- Fortsätta med utåtriktade informationsinsatser.
- Delta i inventeringen som ska genomföras i samtliga kommuner i Södermanlands län avseende målgruppen, personer med psykisk funktionsnedsättning. Delta i analysen av behov i kommunerna och i länet. Inventeringen kommer ske under tre veckor, planerades först till våren 2022 men är framflyttad till september. Resultatet kommer ställas samman i en rapport för hela Södermanlands län.

Verksamhetsplanen för 2022 skall kommuniceras utifrån mål och ambition mot ansvarig nämnd för respektive kommun.

Ansvar: Berörd representant i ledningsgruppen.

Kompetensutvecklingsplan för personliga ombud 2022

- Nätverksträff med PO Östergötland och Södermanland.
- YPOS konferens.
- Delta i för verksamheten relevanta konferenser och föreläsningar.
- Ta del av rapporter och utvärderingar kring personligt ombud.
- Kollegial handledning tillsammans med PO Sörmland.

Rapporteringsrutiner

Ombuden ska beskriva målgruppen, 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 till respektive kommun)
- Uppdrag/vanligaste kontaktorsakerna
- Avslutade klienter, (kommunuppdelat till respektive kommun)
- Klientarbete respektive informationsinsatser.

Personliga ombud i Flen och Katrineholm

Vård- och omsorgsförvaltningen
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSPLAN 2022

4 (4)

Besöksadress:
Drottninggatan 21, Katrineholm
www.katrineholm.se Org.nummer 212000-0340

Datum
2022-02-03

Vår beteckning
VON/2022:10-2.5.2

Resultatrapportering

- Nya ärenden respektive avslutade ärenden.
- Utförande av informationsinsatser.

Rapportering av aktiviteter

- I samband med kollegial handledningen strukturera, definiera och avgränsa erfarenheter.
- 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.

Budget 2022

3510 Driftbidrag		600 000
5000 Personalkostnader	Avser 2 årsarbetare	-1 055 915
6412 Inventarier mobiltelefoner		-7 457
6600 Rep o uh av mask o inv		-5 295
6813 Växel, anslutn- och teleinst		-6 270
6814 Mobil telefoni		-1 000
6914 Biogas		-1 000
6951 Leasing bilar		-42 000
7110 Personalrepresentation		-1 000
		-519 937

Personliga ombud i Flen och Katrineholm

Vård- och omsorgsförvaltningen
641 80 KATRINEHOLM

Besöksadress:
Drottninggatan 21, Katrineholm
www.katrineholm.se Org.nummer 212000-0340

Vår handläggare
Pia Aalto

VERKSAMHETSBERÄTTELSE 1 (8)

Datum
2022-01-07

Vår beteckning
Dnr VON/2021:4-709
Hnr 2022:64

Ert datum

Er beteckning

Verksamhetsberättelse 2021 för personliga ombud i Katrineholm och Flen

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.

Länsstyrelsen beslutar 2021-06-09 att bevilja Vård- och omsorgsnämnden i Katrineholms kommun, medel för 2,0 årsarbetare som personligt ombud för verksamhetsåret 2021. Totalt beviljas 809 060,00 kronor, motsvarande 404 530 kronor per heltidsanställt ombud. Medel som inte förbrukas eller som inte redovisas ska återbetalas.

Motivering till beslutet är att Länsstyrelsen bedömer att verksamheten uppfyller kraven för beviljandet av statsbidrag för år 2021.

Mål

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

- 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.
- Att ansvara för att utveckla strukturen för systematiskt förbättringsarbete genom uppmärksammade systemfel och brister.
- Aktivt begära återkoppling från huvudmännens verksamhet efter uppkommen avvikelse.

Verksamheten har redovisat ett antal särskilda aktiviteter som ska genomföras under 2021, bl. a. ska ombuden;

- Fortsätta bedriva ett utåtriktat arbete under 2021 med fokus på verksamheter i Flen.
- Fortsätta försök med "Öppet hus" på PO-mottagningen, aktivitet från 2020.
- Fortsätta använda underlaget för rapportering av systemfel och brister för att sedan utvärdera detta.

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.



Flens kommun



Personliga ombud i Flen och Katrineholm

Vård- och omsorgsförvaltningen
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSBERÄTTELSE 2 (8)

Besöksadress:
Drottninggatan 21, Katrineholm
www.katrineholm.se Org.nummer 212000-0340

Datum
2022-01-07

Vår beteckning
Dnr VON/2021:4-709
Hnr 2022:64

En ledningsgrupp leder verksamheten.

Ledningsgruppen består av:

- Pia Aalto, Medborgarfunktionen, Katrineholms kommun, (sammanställande)
- Erik Karlsson och Marie Mathisen, Flens kommun
- Anders Fridbäck, psykiatri Region Sörmland
- Henrik Svedberg, psykiatri Region Sörmland
- Per Stigberg, NSPH, IFSAP
- Vida Torelov, Primärvården Hälsöval
- Peder Svanqvist, Socialförvaltningen, Katrineholms kommun
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen

Adjungerade till ledningsgruppen är det personliga ombuden.

Ledningsgruppen har träffats 4 ggr/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.
- 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.
- Ansvara för att följa upp de personliga ombudens arbetsmiljö.
- 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:

- Kontakten, där initiativet kan komma från klient, anhörig, personal eller myndighet. Klienten skall själv vilja ha kontakten. Kontaktfasen bör innefatta information om verksamheten och arbetsmodellen.
- Förtroendeskapande fasen, där en professionell relation skapas.
- 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.
- Utvärdering tillsammans med klienten om man uppnått det man inledningsvis förutsatte, och dra lärdomar av detta.
- Avslutningen, alternativt vilande eller underhållskontakt en tid.



Personliga ombud i Flen och Katrineholm

Vård- och omsorgsförvaltningen
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

3 (8)

Besöksadress:
Drottninggatan 21, Katrineholm
www.katrineholm.se Org.nummer 212000-0340

Datum
2022-01-07

Vår beteckning
Dnr VON/2021:4-709
Hnr 2022:64

Aktiviteter 2021

- Det utåtriktade arbetet ska fortsätta under 2021 med fokus på verksamheter i Flen.
- Försök med "Öppet hus" på PO-mottagningen, aktivitet från 2020.
- Fortsätta använda underlaget för rapportering av systemfel och brister för att sedan utvärdera detta.

Kompetensutvecklingsplan för personliga ombud 2021

- En två-dagars nätverksträff med PO Östergötland och Södermanland.
- YPOS konferens i maj under två dagar.
- Delta i för verksamheten relevanta konferenser och föreläsningar.
- Ta del av rapporter och utvärderingar kring personligt ombud.
- Kollegial handledning tillsammans med PO Sörmland.

Rapporteringsrutiner

Ombuden ska beskriva målgruppen, 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 på handläggare- och/eller utförarnivå

- Genom analys i samband med kollegial handledningen strukturera, definiera och avgränsa de negativa erfarenheter, kritik och synpunkter som ombuden noterat eller varit delaktiga i.
- Vid ledningsmöten redogöra för "typfall", där ledningsgruppen därigenom tar över ansvaret för vidare åtgärder/insatser kring främst felaktigt eller bristande bemötande, kompetens och värderingar.
- Systemfel och brister rapporteras till Länsstyrelsen i årsrapporten.



Personliga ombud i Flen och Katrineholm

Vård- och omsorgsförvaltningen
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

4 (8)

Besöksadress:
Drottninggatan 21, Katrineholm
www.katrineholm.se Org.nummer 212000-0340

Datum
2022-01-07

Vår beteckning
Dnr VON/2021:4-709
Hnr 2022:64

Redovisning 2021

2021 har liksom 2020 varit ett år där restriktioner kring pandemin Covid-19 medfört förändringar av verksamheten för personligt ombud. Delar av planerade aktiviteter har ställts in medan andra aktiviteter har tillkommit.

Ledningsgruppen har enbart träffats digitalt vilket delvis har varit bra då deltagare finns i olika verksamheter och städer. De digitala träffarna har varit effektiva och sparat restid.

I det dagliga arbetet för personliga ombuden har det under första delen av året förekommit mer telefonkontakter än fysiska träffar. Under andra delen av året har de fysiska träffarna ökat i förhållande till första delen och 2020 då fysiska träffarna var näst intill obefintliga.

I början av året påbörjades rekryteringen av två nya personliga ombud. Fram tills rekryteringen var klar och de nya ombuden på plats har vikarierande personligt ombud och enhetschef för verksamheten i Katrineholms kommun haft löpande klientkontakter.

Ledningsgruppen 2021

2020-02-22

Kontaktvägarna för personligt ombud sker mest via telefon och e-post. Flera anhöriga har hört av sig till personligt ombud. Vid ett inledningsskede träffar personligt ombud ny klient utomhus.

Intresseföreningarna: Det sker inte mycket aktiviteter i föreningarna. Men det är en del "på gång". Intresseföreningarna Sörmland ska tillsätta en länssamordnare. NSPH har fått ekonomisk förstärkning för detta. Föreningarna har påbörjat ett projekt uppsökande verksamhet. Efter sitt årsmöte under våren kommer NSPH ha en mottagningstelefon som kommer vara öppen två dagar i veckan. Inom verksamheterna i ledningsgruppen rapporteras att verksamheterna på olika sätt organiserats om och börjar återhämta sig efter pandemin. Det är fortfarande restriktioner men regionens verksamheter upplever att flera söker vård för psykisk ohälsa men de kommer inte till psykiatri.

2021-04-19

Intresseföreningarna: Stora delar av verksamheterna ligger nere. Många har inte möjlighet att delta digitalt. Många medlemmar är i riskgrupp, över 70 år. I övrigt händer en del inom föreningarna. NSPH kommer att förstärkas under hösten med två anställda. Aktiva medlemmar minskar i flera föreningar.

Psykiatri – öppenvården Kullbergsska sjukhuset. Lite mer restriktioner än tidigare. Slutenvården mer ansträngd då personal lånas ut till övriga verksamheter i Regionen.

Primärvården – Hälsoval: Mycket planering kring vaccinering, på tur står LSS-boenden. Ett ansträngt läge i primärvården.



Personliga ombud i Flen och Katrineholm

Vård- och omsorgsförvaltningen
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

5 (8)

Besöksadress:
Drottninggatan 21, Katrineholm
www.katrineholm.se Org.nummer 212000-0340

Datum
2022-01-07

Vår beteckning
Dnr VON/2021:4-709
Hnr 2022:64

Kommunerna: Corona relaterade frågor och nya alternativ skapas för olika insatser En positiv del har varit att en del personer som tidigare tackat nej till insatser t ex. promenader numer tackar ja. Många mår sämre och känner sig isolerade. För personligt ombud är upplevelsen att yngre personer mår sämre. De avbokar eller uteblir från olika möten.

2021-08-30

En fråga har kommit upp angående rekryteringen av personligt ombud då två män har rekryterats. Denna fråga diskuterades redan i samband med rekryteringen och åtgärder för detta har diskuterats för att ingen ska uppleva att de inte kan vända sig till personligt ombud på grund av kön. Tidigare personligt ombud har berättat att man i länet haft denna fråga uppe tidigare då kvinnor är överrepresenterade i de andra kommunerna. Vid särskilt komplicerade frågor har man kommit överens om att hjälpa varandra mellan kommunerna. Det har inte enbart handlat om kvinnor och män utan kan även handla om andra relationer.

Föreningarna tar ibland emot frågor och synpunkter från enskilda. Föreningarna frågar vart de kan vända sig för att få svar på olika frågor. Som svar på denna fråga är att vända sig till ansvarig verksamhetschef för de två olika utförarverksamheterna eller skicka brev eller e-post till vård- och omsorgsförvaltningens myndighetsbrevlåda.

2021-10-04

NSPH - Verksamheten har inte kommit igång efter pandemin. Svårt att få styrelsemedlemmar. Regionens psykiatri – full fart i verksamheten. Högre tryck efter sommaren. Det finns inte längre restriktioner kring besök. Hälsoval -Mycket jobb med vaccinationer, tredje dosen samt i särskilt utsatta områden. På FOU finns webbutbildning i personcentrerat bemötande för kommunens medarbetare.

Personliga ombuden lyfter frågan om uppmärksammas brist eller om den inte ska ses som en brist. En klient har vänt sig till personligt ombud i september, för att få hjälp att överklaga ett beslut som fattats i april 2021. Personligt ombud upplever att klienten inte förstått ärendegången från beslut till överklagan. Frågan har ställts om ett beslut kan överklagas efter så lång tid. Man har också frågat vilken information klienten fått. Hur förenklad information har getts och har det funnits möjlighet till tolk. NSPT tar upp behovet av rättsskydd då man från föreningshåll tycker att enskilda personer inte alltid får information kring ärendegång och rättsprocesser på ett sätt som går att förstå.

2021-11-29

Personliga ombuden har varit och informerat på flera olika ställen och det har uppskattats. Ombuden känner att de behöver bygga upp kontaktnät inom flera olika delar inom kommun. Kontakt kommer tas med avdelningschefer på socialförvaltningen för att informera och eventuellt boka tider för information. Personliga ombuden önskar bygga upp samverkansvägar för att kunna ge stöd till olika målgrupper. Personliga ombuden har lyft frågan om stöd till föräldrar och barn. Denna fråga får följa med till 2022 för att bygga upp samverkan i kommunerna.



Flens kommun



Personliga ombud i Flen och Katrineholm

Vård- och omsorgsförvaltningen
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

6 (8)

Besöksadress:
Drottninggatan 21, Katrineholm
www.katrineholm.se Org.nummer 212000-0340

Datum
2022-01-07

Vår beteckning
Dnr VON/2021:4-709
Hnr 2022:64

Ombuden behöver göra överväganden kring vilka uppdrag som ska tas emot, diskussion kring målgrupp och uppdragens art behöver hållas regelbundet. Personliga ombud ska inte överta uppdrag från andra ansvarsområden.

Verksamheten för personligt ombud i Katrineholm och Flen har fått en nystart under 2021. Många informationstillfällen har planerats och genomförts. Personliga ombud ser över hur de kan planera för 2022 för att ha en mer utåtriktad verksamhet i så väl Katrineholm som Flen.

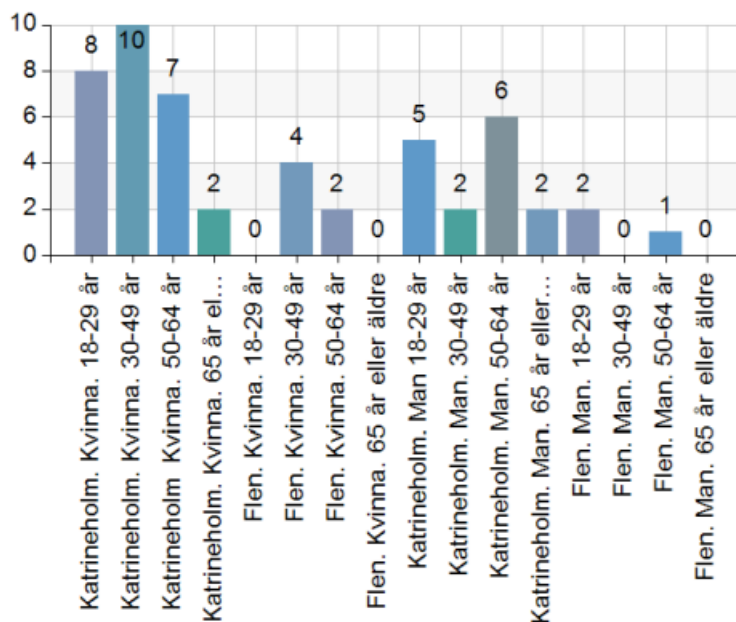
Klientrapportering

Statistik

K = Katrineholm

F = Flen

Uppdrag	2017		2018		2019		2020		2021	
	K	F	K	F	K	F	K	F	K	F
Antal klienter	38	8	62	13	65	14	44	7	41	9
Män	8	2	22	4	28	5	25	5	15	3
Kvinnor	30	8	40	9	39	7	19	2	26	6
Antal avslutade uppdrag	13	5	28	7	39	9	38	4	21	5



Personliga ombud i Flen och Katrineholm

Vård- och omsorgsförvaltningen
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

7 (8)

Besöksadress:
Drottninggatan 21, Katrineholm
www.katrineholm.se Org.nummer 212000-0340

Datum
2022-01-07

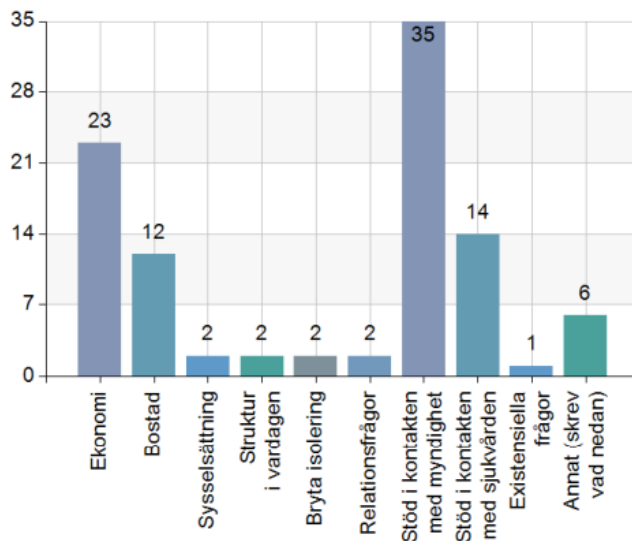
Vår beteckning
Dnr VON/2021:4-709
Hnr 2022:64

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. De efterfrågade kontaktorsakerna har förändrats mellan åren

Kontaktorsak	2018		2019		2020		2021	
	K	M	K	M	K	M	K	M
Ekonomi	29	11	28	24	17	18	15	8
Bostad/struktur i vardagen	14	3	23	11	10	8	7	7
Sysselsättning	2	3	10	12	5	10	1	1
Stöd i kontakt med myndigheter	41	19	44	31	26	19	12	23
Stöd i kontakt med sjukvården	26	16	27	22	12	19	6	8
Övrigt (se kommentar nedan)	2	1	5	6	2	5	3	4
Bryta isolering, relationsfrågor, existentiella frågor, studier								

Tabellen nedan avser 2021 års uppgifter om kontaktorsak



Personliga ombud i Flen och Katrineholm

Vård- och omsorgsförvaltningen
641 80 KATRINEHOLM

VERKSAMHETSBERÄTTELSE

8 (8)

Besöksadress:
Drottninggatan 21, Katrineholm
www.katrineholm.se Org.nummer 212000-0340

Datum
2022-01-07

Vår beteckning
Dnr VON/2021:4-709
Hnr 2022:64

Ekonomi

Länsstyrelsen beslutar 2021-06-09 att bevilja Vård- och omsorgsnämnden i Katrineholms kommun, medel för 2,0 årsarbetare som personligt ombud för verksamhetsåret 2021. Totalt beviljas 809 060,00 kronor, motsvarande 404 530 kronor per heltidsanställt ombud. Medel som inte förbrukas eller som inte redovisas ska återbetalas.

Beviljat statsbidrag från Länsstyrelsen under 2021 har varit 809 060,00 kronor vilket motsvarar 2 tjänster (404 530 kronor/tjänst). Statsbidragen betalas ut per tjänst/ombud och inte utifrån befolkningsunderlag.

Katrineholms kommun beviljades statsbidrag för 2,00 heltidstjänster. Då verksamheten inte hade tillsatt tjänsterna i början av året har beviljat statsbidrag inte använts fullt ut. Detta innebär att statsbidraget kommer att betalas tillbaka. Den förväntade summan för återbetalning uppgår till 353 963 kronor

År: 2021 Månad 1-12 Ansvar 7110 Kostnadsställe 6110

Namn	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt	Inkl PO
EA	-17 267	-21 201	-16 607	-24 028	-22 139	-15 325	-25 441	-12 249	-23 085	0	0	0	-177 343	-248 546
MS	0	0	0	0	0	0	0	484	000	125	513	326	448	429
JH	0	0	0	0	0	0	0	-16 000	-31 000	-31 000	-30 313	-30 313	-138 626	-194 284
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-631 259
Antal tjänster	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5					
Statsbidrag för 2 tjänster per månad								1	2	2	2	2	2	
	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,5	2,5	2	2	2	1,125	bokas
809 060	67 422	67 422	67 422	67 422	67 422	67 422	67 422	67 422	67 422	67 422	67 422	67 422		
Bokning okt	16855	16855	16855	16855	16855	16855	16855	16855	16855					151 699
Bokning nov								33711	67422	67422	67422			235 976
Bokning dec												67422		67422 455 097

353 963 Återbetalning

455096,25 För 1,125 tjänst

7,42

743,5



Flens kommun



Förslag till revidering av riktlinje för kommunala bidrag till föreningar inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden ställer sig bakom förvaltningens förslag till ändringar av riktlinje för kommunala bidrag till föreningar inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

Sammanfattning av ärendet

Rutinerna för hur de kommunala förvaltningarna hanterar föreningsbidrag har ändrats. Därför har vård- och omsorgsförvaltningen sett över riktlinjen för föreningsbidrag inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

Ändringarna som förvaltningen föreslår är i enlighet med kommunfullmäktiges anvisningsdokument för föreningsstöd, som gäller till och med 2023-12-31.

Ärendets handlingar

- Förslag till revidering av riktlinjer. Bestämmelser för kommunala bidrag till föreningar inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde.

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Cecilia Nordqvist
Utredare

Beslutet skickas till: Föreningskonsulenterna, webben, akten

Förslag till revidering av

Riktlinjer

Bestämmelser för kommunala bidrag till föreningar inom vård- och omsorgsnämndens ansvarsområde

Gäller från XXXX-XX-XX

Dnr VON/2021:76-048

Dokumentinformation

Beslutshistorik

Beslutade av vård- och omsorgsnämnden 2015-04-15, § 57

Reviderade: 2017-12-07, § 110, 2019-09-24, § 93, [2022-02-24, § x](#)

Giltighet

Gäller från och med [2019-10-01](#)[2022-02-24](#)

Gäller till och med: Tills vidare

Förvalterskap¹

Inom vård- och omsorgsförvaltningens ansvarsområde

¹ Förvalterskapet innebär ansvar för att:

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

Innehåll

Dokumentinformation	2
Beslutshistorik.....	2
Giltighet.....	2
Förvaltarekap.....	2
Innehåll	3
Riktlinjer för vård- och omsorgsnämndens föreningsstöd	4
Bakgrund.....	4
Allmänna villkor.....	4
Former av bidrag.....	4
Förutsättningar för att få bidrag	5
Grundbidrag	5
Övrigt bidrag.....	5
Hysesbidrag	6
Avvikelse från riktlinjen	6
Ansökan, utbetalning och uppföljning	6
Uppföljning av hyresbidrag	6
Överordnade styrdokument.....	6

Riktlinjer för vård- och omsorgsnämndens föreningsstöd

Bakgrund

Kommunfullmäktige beslutade den 17 november 2014, § 20, att anta *Övergripande anvisningsdokument för föreningsstöd*². Där framgår vad som krävs för att bli en registrerad respektive bidragsberättigad förening i Katrineholms kommun. De huvudsakliga målsättningarna är att:

- [Skapa förutsättningar för ett starkt föreningsliv](#)
- [Bidra till möten mellan människor – skapa nya relationer](#)
- [Uppnå en bättre integration](#)
- [Ge grundläggande förutsättningar för en god folkhälsa](#)
- [Stärka samarbete och samverkan med föreningslivet för att främja möjligheten för deltagande](#)
- [Skapa förutsättningar för fysisk aktivitet och goda levnadsvanor](#)
- [Barn och unga ska ges förutsättningar till en drogfri uppväxt](#)
- [Barn och unga ska ges möjlighet till en meningsfull och rik fritid.](#)

- [Samtidigt beslutades att KFS 3.17 Regler för vård- och omsorgsnämndens föreningsbidrag skulle utgå.](#) Fullmäktige beslutade även samtidigt att uppdraga åt berörda nämnder att upprätta riktlinjer för föreningsstöd i enlighet med kommunledningsförvaltningens tjänsteskrivelse.

Allmänna villkor

Vård- och omsorgsnämndens föreningsbidrag ska stödja föreningar/organisationer med värderingar och verksamhet enligt socialtjänstens målsättning och inriktning. Särskild uppmärksamhet riktas till föreningar eller organisationer som bedriver verksamhet för personer med funktionsnedsättning eller för pensionärer.

Former av bidrag

Vård- och omsorgsnämnden har följande former av bidrag:

- **Grundbidrag** för löpande verksamhet ([kan sökas en gång per år](#)).
- **Övrigt bidrag**. Nämnden gör bedömning utifrån innehåll i [separat](#) ansökan.
- **Hysesbidrag**.

[Grundbidragen](#) kan endast sökas hos vård- och omsorgsnämnden. [Nämnden beviljar inte bidrag](#) [kan ej utgå](#) till aktiviteter som genomförs inom kommunal verksamhet och i dess egen regi.

² [Anvisningsdokument för föreningsstöd, KF.pdf \(katrineholm.se\)](#)

Nämnden har möjlighet att prioritera vissa grupper och verksamheter i bidragsfördelningen.

Förutsättningar för att **erhålla få** bidrag

Förutsättningar för att **erhålla få** bidrag enligt denna riktlinje ~~är att ska~~ sökande ~~uppfyller~~ ~~nedanstående villkor~~. Sökanden ska:

- Vara en ideell förening.
- Vara ansluten till en riksorganisation, om sådan finns.
- Vara ~~grund~~registrerad hos vård- och omsorgsnämnden i kommunens föreningsregister med årligen uppdaterade uppgifter.
- Verka inom nämndens verksamhetsområde.
- Ha sin verksamhet i Katrineholms kommun. Bidrag ~~utgår endast betalas bara ut~~ för medlemmar som ~~är boende bor inom~~ kommunen.
- ~~ha~~ Antagit stadgar, ~~ha en utsett~~ ansvarig styrelse och ~~ha~~ revisorer. Stadgar ska kunna visas upp på begäran.

Föreningarna ~~får inte diskriminera någon på~~ på grund av ålder, etnicitet, religion/tro, sexuell läggning, utseende, funktionsnedsättning, socioekonomisk status, åsikt eller kön ~~får inte förekomma~~. Verksamheten ~~ska får~~ inte främja våld, rasism eller bruk av alkohol och droger.

Grundbidrag

För att vara berättigad till grundbidrag ska följande bifogas till ansökan ~~bifogas följande~~:

- Budget för kommande år
- Verksamhetsplan
- Resultat- och balansräkning
- Verksamhets- och revisionsberättelse för senaste verksamhetsår
- Årsmötesprotokoll med förteckning över aktuell styrelse, revisorer och uppgift om medlemsavgift.

Grundbidraget är ett stöd för den löpande föreningsverksamheten. Har bidrag sökts på annat håll ska detta framgå av ansökan.

Föreningens ekonomiska ställning påverkar nämndens årliga bedömning om behovet av bidrag.

~~Prövning sker~~ Förvaltningen ~~prövar~~ varje år ~~på grundval av~~ de uppgifter som lämnats i ansökan. ~~Felaktiga~~ ~~Oriktiga~~ uppgifter ~~i ansökan~~ kan medföra att nämnden avslår ansökan om bidrag.

Förening som inte tar ut någon medlemsavgift, bedöms inte ha behov av ekonomiskt stöd från kommunen.

Övrigt bidrag

Bidragsansökan som inte kan bedömas inom grundbidrag hanteras inom *Övrigt bidrag*. Bedömning görs utifrån innehållet i ansökan.

Hyresbidrag

Bidrag till hyra av föreningslokal betalas endast ut om nämnden finner att det finns skäl för detta finns. Eventuellt hyresbidrag söks årligen samtidigt som grundbidraget.

Föreningen måste vid varje ansökningstillfälle bifoga kopia på hyresavtal och hyresavi/motsvarande.

Enligt tidigare beslut, av dåvarande socialnämnd och vård- och omsorgsnämnd, hyr vård- och omsorgsförvaltningen lokaler för vissa föreningsverksamheter.

Dessa specificeras i nämndens årliga beslut över föreningsbidrag/hyresbidrag.

Avvikelse från riktlinjen

Om särskilda skäl finns kan nämnden göra avvikelser från dessa riktlinjer.

Ansökan, utbetalning och uppföljning

Ansökan om grundbidrag görs på särskild blankett digitalt i föreningsystemet som och ska vara insänd senast den 30 september. Grundbidrag betalas ut under första kvartalet det år ansökan avser. Information finns på www.katrineholm.se.

Föreningskonsulenterna kan hjälpa föreningarna med ansökan.

Övrigt bidrag kan sökas löpande under året.

Föreningsbidraget är utgör stöd till mottagarens verksamhet och ska användas till det ändamål som angivits i ansökan. Föreningarna R redovis arning av hur bidraget använts sker genom upprättad-verksamhetsberättelse och ekonomisk redovisning. Av verksamhetsberättelsen ska framgå vad som gjorts i förhållande till tidigare insänd verksamhetsplan. Föreningarna ska R redovis arning ska ske även om de inte kommer att söka fortsatt föreningsbidrag inte kommer att sökas.

Vård och omsorgsnämndens presidium och föreningskonsulenten-handläggare träffar föreningarna en gång per år för dialog och information.

Om verksamheten förändras så att mål, som angetts i ansökan, inte längre kan uppnås ska detta omgående meddelas till föreningskonsulentenvård- och omsorgsförvaltningen.

Möjligheten att få erhålla bidrag kommande år kan då komma att påverkas.

Uppföljning av hyresbidrag

Inför framtagande av För underlag till om fördelning av hyresbidrag ska begär föreningskonsulenterna årligen begära in kopia på hyresavtal, hyresavi/motsvarande och granska att dessa stämmer Vård- och omsorgsförvaltningens handläggare granskar handlingarna.

Överordnade styrdokument

- Övergripande anvisningsdokument för föreningsstöd (senast antaget av kommunfullmäktige 2014-11-17, § 20).
-

Redovisning av inkomna synpunkter juli-december 2021

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger redovisningen av inkomna synpunkter till protokollet.

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 2021 har elva synpunkter blivit registrerade som allmän handling. De visar ingen heltäckande bild av medborgarnas åsikter om verksamheten, utan mera exempel på vad det kan inkomma synpunkter om.

Kommunicering och åsikter kring planering av enskilda brukares beviljade insatser, som ibland tangerar till att vara synpunkter, finns inte med i denna redovisning.

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

Ärendets handlingar

- Diarietförteckning över inkomna synpunkter perioden juli-december 2021

Statistik

År	Förvaltningskontor	Äldreomsorg	Funktionsstöd	Antal
(juli - dec) 2021	(2)	(8)	(1)	(11)
2021	(4) ^{***}	(15) ^{***}	(2)	19
2020	7 [*]	16 [*]	3 [*]	23

År	MYS	SoB	SÄBO	FS	HSL	Antal
2019	4	15	4	3	0	26
2018	3 ^{**}	8 ^{**}	12 ^{**}	2 ^{**}	1 ^{**}	22
2017	4 [*]	5 [*]	11	1	0	20

År	Myndighets- och specialistavdelning (MYS)	Utföraravdelning (UFA)	MYS/UFA tillsammans	Övrigt VOF	Antal
2016	6	14	0	1	21

Siffror inom (parentes) avser halvår.

* = Synpunkter som berörde två verksamhetsområden och är redovisad i bådaskolumn.

** = En synpunkt berörde alla verksamhetsområden och är redovisad i allaskolumn.

*** = Två synpunkter berörde två verksamhetsområden och är redovisad i bådaskolumn.

MYS = Myndighets- och specialistavdelning

SoB = Stöd ordinarie boende

SÄBO = Särskilt boende äldre

FS = Funktionsstöd

HSL = 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 HSL. Äldreomsorg är en sammanslagning av SoB och SÄBO. Tidigare år redovisas utifrån då gällande organisation.

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Beslutet skickas till: Akten

FK = Förvaltningskontor, ÄO = Äldreomsorg, FS = Funktionsstöd

Kategorier: Brukare, personal, mat, övrigt

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

Datum: 2022-02-02

Nr	Inkom	Verksamhetsområde	Enhet	Kategori	Synpunkt	Om-döme Pos Neg	Ansv chef (FC, VC, EC)	Senaste dag för svar/ handläggning (14 arb.dgr)	Besvarat/ åtgärdat den	Hantering/åtgärd
9	2021-08-05	ÄO	Hemtjänst Gjuterigatan	Övrigt	Synpunkt om utförda och beviljade insatser	Neg	EC Gjuterigatan och EC medborgarfunktionen	2021-08-26	2021-08-09	Utredare har haft telefonkontakt med synpunktsgivaren som meddelar att insatserna nu fungerar bra. Synpunktsgivaren är nöjd och behöver inte ytterligare återkoppling.
10	2021-08-11	FS	Neuropsykiatri	Övrigt	Synpunkt om beslut om rivning av hyreshus	Neg	EC neuropsykiatri	2021-08-31	2021-08-13	Enhetschefen har brevlades svarat synpunktsgivaren.
11	2021-09-06	ÄO	Hemtjänst Valla	Personal	Synpunkt om personals agerande vid omvårdnad (Dnr VON / 2021:66, IVO)	Neg	EC Valla hemtjänst	2021-09-24		Ingen återkoppling har inkommit från ansvarig chef
12	2021-09-08	ÄO	Dufvegården	Övrigt	Synpunkt om porttelefon	Neg	EC Dufvegården	2021-09-28	2021-10-15	Enhetschef har meddelat synpunktsgivaren om att man sett över funktionen av porttelefonerna
13	2021-09-14	ÄO	Hemtjänst Gjuterigatan	Övrigt	Synpunkt om utförande av insatser	Neg	EC Gjuterigatan	2021-10-04		Ingen återkoppling har inkommit från ansvarig chef
14	2021-09-24	ÄO	Särskilt boende	Övrigt	Synpunkt om att satsa på äldrevård	Neg	VC Äldreomsorg	2021-10-12	2021-10-11	VC ÄO har i skrivelse redogjort för hur förvaltningen arbetar med frågeställningarna i synpunkten
15	2021-10-25	ÄO	Hemtjänst Igelkotten	Övrigt	Synpunkt om utförande av insatser	Neg	EC Igelkotten Hemtjänst	2021-11-12	2021-10-27	EC har i sitt svar gett förklaringar till den bild som synpunktsgivaren har av situationen samt redovisat vilka förändringar som planeras.
16	2021-12-13	ÄO	Hemtjänst Igelkotten	Övrigt	Synpunkt om planering av insatser	Neg	EC Igelkotten Hemtjänst	2022-01-05		Ingen återkoppling har inkommit från ansvarig chef
17	2021-12-14	ÄO	Dufvegården	Övrigt	Synpunkt om parkeringsplatser	Neg	EC Dufvegården	2022-01-07	2021-12-28	EC har fått detta meddelande av synpunktsgivaren: <i>Anhörig önskar inte svar från enhetschef i denna fråga utan från högre ort i förvaltningen/fastighetsägare.</i>
18	2021-12-17	FK	Medborgarfunktionen	Övrigt	Synpunkt om handläggning färdtjänst	Neg	EC Medborgarfunktionen	2022-01-10	2021-12-27	EC har i sitt svar bett om ursäkt för de synpunkter som synpunktsgivaren tagit upp.

Nr	Inkom	Verksamhetsområde	Enhet	Kategori	Synpunkt	Om-döme Pos Neg	Ansv chef (FC, VC, EC)	Senaste dag för svar/ handläggning (14 arb.dgr)	Besvarat/ åtgärdat den	Hantering/åtgärd
19	2021-12-23	VOF	Förvaltningsledning	Övrigt	Synpunkt om att vara nöjd med utförare inom hemtjänst	Pos	VC Förvaltningskont or/Controller	2022-01-17	2022-01-07	Controller har vidarebefordrat synpunkten till berörd utförare

Redovisning arbetsmiljö 2021 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 sammanställer förvaltningen rapporterade arbetsskador och tillbud en gång per år.

Vård- och omsorgsförvaltningens bedömning

Både antalet rapporterade arbetsskador och tillbud minskade under år 2021 jämfört med året innan. Minskningen finns i äldreomsorgen där antalet rapporterade arbetsskador är hälften jämfört med 2020. Däremot har antalet rapporterade arbetsskador ökat inom funktionsstöd. Rapporterade tillbud minskade dock mest.

Minskningarna i rapporterade arbetsskador och tillbud stämmer inte överens med Arbetsmiljöverkets registrering på riksnivå. Där finns en ökning i både rapporterade tillbud och olycksfall inom vård-, omsorg och sociala tjänster under 2021, särskilt av tillbud. Arbetsmiljöverket förklarar ökningen med att medarbetare har riskerat att bli smittade av covid.

Vård- och omsorgsförvaltningen har i samarbete med HR-avdelningen fokus på arbetsmiljö och trivsel i arbetet. Förvaltningen avser att fortsätta med informationsspridning bland såväl medarbetare som chefer i syfte att fortsätta att utveckla arbetet för en god arbetsmiljö.

Ärendets handlingar

- Vård- och omsorgsförvaltningens tjänsteskrivelse

Ärendebeskrivning

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 1. Arbetsskador och tillbud

År	Arbetsskador	Tillbud	Totalt antal
2021	319	263	582
2020	410	522	932
2019	373	488	861
2018	400	611	1011
2017	232	345	577

Tabell 1 visar att antalet rapporterade arbetsskador och tillbud har varierat de senaste åren. Antalet rapporterade tillbud år 2021 är hälften så många som året innan och även antalet rapporterade arbetsskador är lägre.

Fördelning per händelse

Tabell 2. Arbetsskador

Händelsetyp	2020	2021
Skadad av person	107	96
Fysisk överbelastning	59	49
Psykisk överbelastning	20	13
Den skadade föll	27	43
Annan händelse	73	53
Övriga	124	65
Totalt	410	319

Den vanligaste anledningen till arbetsskadeanmälan är precis som tidigare år *skadad av en person*. Antalet har sjunkit kraftigt sedan år 2018 då 171 fall rapporterades. Rapporteringen gäller både avsiktlig och oavsiktlig fysisk skada. Kategorierna *fysisk* och *psykisk överbelastning* fortsätter att minska. Däremot finns fler rapporter om att *den skadade själv föll* och skadade sig. I kategorin *övriga* ingick 29 fall av skadade på grund av *kontakt med kemiskt ämne, kroppsvätska eller smittämne* år 2020. År 2021 var antalet fyra.

Av de rapporterade arbetsskadorna år 2021 ledde 28 till frånvaro från arbetet. Året innan var antalet 42 och år 2019 var det 13 stycken.

Tabell 3. Tillbud

Händelsetyp	2020	2021
Annat tillbud	155	62
Hot och våld	91	77
Belastningstillbud	24	74
Ej rast/annan personal frånvarande	7	7
Fallande föremål	6	3
Övriga	239	40
Totalt	522	263

Antalet rapporterade tillbud minskade under år 2021 jämfört med året innan. Den största minskningen syns i kategorin *annat tillbud* som nu inte längre är den största kategorin. Det är i stället *hot och våld* tätt följd av *belastningstillbud* som har ökat kraftigt. Båda kategorierna är dock fortfarande mycket färre än år 2019. År 2020 var över hälften av fallen i *övriga* (123 stycken) *kontakt med kemiskt ämne, kroppsvätska eller smittämne*. Året innan anmäldes endast två och 2021 ett sådant fall.

Tabell 4. Fördelning per verksamhetsområde

Verksamhetsområde	Arbetsskador	Tillbud
Äldreomsorg	157	132
Funktionsstöd	118	110
Förvaltningskontor	18	5
Timvikarier	23	14

Den stora minskningen i både rapporterade skador och tillbud finns i äldreomsorgen. Inom funktionsstöd däremot har antalet rapporterade tillbud ökat något. Även för timvikarier rapporterades en ökning, både i antal arbetsskador och tillbud.

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Cecilia Nordqvist
Utredare

Beslutet skickas till: Akten

Redovisning av inkomna domar 2021

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden lägger redovisningen av inkomna domar under 2021 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)
- Folkbokföringslag (1991:481).

Samtliga domar har redovisats vid enskilda utskottets sammanträden.

Ärendets handlingar

- Sammanställning av inkomna domar 2021.

Anna-Lena Ramstedt
Förvaltningschef

Andreas Karlsson
1:e handläggare

Beslutet skickas till: Akten

Vård- och omsorgsförvaltningenDatum
2022-02-01-Vår beteckning
VON/2021:48 - 709Vår handläggare
Lili Eriksson, Andreas KarlssonErt datum
Er beteckning

Vård- och omsorgsnämnden

Sammanställning av inkomna domar 2021 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)
- Folkbokföringslag (1991:481)

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
5700-19	2020-12-16	Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
5794-20	2021-04-29	Förvaltningsrätten	Bostad med särskild service enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
2236-20	2021-06-08	Förvaltningsrätten	Bostad med särskild service enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
6577-20	2021-10-15	Förvaltningsrätten	Bostad med särskild service enligt LSS	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
6893-21		Förvaltningsrätten	Personlig assistans enligt LSS	Förvaltningsrätten beslutar till förmån för sökande om interimistiskt föreläggande, i väntan på slutlig prövning.

Färdtjänst/riksfärdtjänst

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
6235-21	2021-11-02	Förvaltningsrätten	Färdtjänst enligt lagen om färdtjänst	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.

Vård- och omsorgsförvaltningen
Socialtjänstlagen

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
9776-20	2020-12-02	Förvaltningsrätten	Bistånd enligt socialtjänstlagen, i form av särskilt boende.	Förvaltningsrätten avvisar överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
6370-20	2021-02-03	Förvaltningsrätten	Bistånd enligt socialtjänstlagen, i form av särskilt boende.	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
6283-20	2021-03-10	Förvaltningsrätten	Bistånd enligt socialtjänstlagen, i form av hemtjänst.	Förvaltningsrätten bifaller del av överklagan gällande omprövning av tidigare beslut och avslår del gällande utökning.
10308-20	2021-03-17	Förvaltningsrätten	Bistånd enligt socialtjänstlagen, i form av särskilt boende.	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
368-21	2021-04-09	Förvaltningsrätten	Bistånd enligt socialtjänstlagen, i form av särskilt boende.	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.

Bostadsanpassningsbidrag

Mål nr	Datum	Instans	Ärende	Domslut
3352-20	2020-12-04	Förvaltningsrätten	Bostadsanpassningsbidrag	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
2251-20	2021-01-21	Förvaltningsrätten	Bostadsanpassningsbidrag	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
6519-20	2021-02-11	Förvaltningsrätten	Bostadsanpassningsbidrag	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
4317-20	2021-02-22	Förvaltningsrätten	Bostadsanpassningsbidrag	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
7382-20	2021-04-07	Förvaltningsrätten	Bostadsanpassningsbidrag	Förvaltningsrätten avslår överklagandet till förmån för vård- och omsorgsnämnden.
755-21	2021-05-05	Kammarrätten	Bostadsanpassningsbidrag; fråga om prövningstillstånd	Kammarrätten meddelar inte prövningstillstånd till förmån för vård- och omsorgsnämnden
9998-20	2021-05-07	Förvaltningsrätten	Bostadsanpassningsbidrag	Förvaltningsrätten bifaller överklagan, till förmån för sökande

Antal domar 2021 (LSS och SoL)

Antal domar i Förvaltningsrätten	17
Antal domar i Kammarrätten	1
Antal domar i Högsta förvaltningsdomstolen	0
Antal personer	16

Antal personer och domar 2017-2021 (LSS och SoL)

I tabellen nedan redovisas antal personer och domar i de olika förvaltningsrättsliga domstolarna (åren 2017-2021). 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 2021 med inkomna domar.

	2017	2018	2019	2020	2021
Antal personer	13	15	18	19	16
Beslut Förvaltningsrätten	14	13	18	21	17
Beslut Kammarrätt	2	4	7	6	1
Beslut Högsta förvaltningsdomstolen	1	1	0	0	0

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
2017	24	7/6	11	7
2018	29	11/2	9	3
2019	35	12/4	7	2
2020	49	12/5	2	4
2021	45	5/2	3	1

Särskilt boende SoL	Antal beslut	Därav antal avslag/delavslag	Antal beslut som överklagats	Antal ändrade beslut
2017	189	21	3	1
2018	175	37	7	0
2019	191	20	3	2
2020	205	23	4	0
2021	166	7	0	0

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.

Val av ny ersättare i enskilda utskottet

Förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden väljer Marita Sundqvist (S) som ny ersättare i enskilda utskottet för tiden till och med den 31 december 2022.

Sammanfattning av ärendet

Ove Melin (S) har den 27 december 2021 till fullmäktige meddelat att vill avsluta sitt uppdrag i vård- och omsorgsnämnden. Kommunfullmäktige har ännu inte beslutat om entledigande då sammanträdena i januari och februari har ställts in.

Ove är även vald som ersättare i enskilda utskottet.

Ordföranden föreslår att Marita Sundqvist (S) redan nu väljs som ny ersättare i nämndens enskilda utskott efter Ove.

Mona Kjellström
Nämndsekreterare

Beslutet skickas till: Marita Sundqvist, Troman, sekreterare EU, akten

Meddelanden

Vård- och omsorgsförvaltningens förslag till beslut

Vård- och omsorgsnämnden godkänner redovisningen av meddelandena.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Beslut den 27 december 2021 från tillsyn av ej verkställt beslut. IVO har avslutat ärendet och bedömer mot bakgrund av de redovisade omständigheterna att det inte finns skäl att ansöka om utdömmande av särskild avgift hos förvaltningsrätten. Hnr 2021:1298.

Kommunfullmäktige

- Protokollsutdrag den 22 november 2021, § 165: Revidering av avgifter inom vård- och omsorgsnämndens verksamhet. Hnr 2021:1256-1257.
- Protokollsutdrag, delegationsbeslut, den 3 januari (§ 1) och 26 januari 2022 (§ 2): Kommunfullmäktiges sammanträden den 17 januari och 14 februari 2022 är inställda. Hnr 2022:2, 2022:125

Kommunstyrelsen

- Protokollsutdrag den 15 december 2021:
§ 216: Antagande av ny informationshanteringsplan och diarieplan från den 1 januari 2022 samt att nuvarande diarieplan slutar att gälla från samma datum. Hnr 2021:1300, 1301.
§ 221: Gallring av information vid överföring till annat medium. Hnr 2021:1302.
- Delegationsprotokoll den 18 januari 2022, § 2: Kommunstyrelsens sammanträde den 26 januari 2022 är inställt.

Region Sörmland

Protokollsutdrag från:

- Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård den 8 december 2021 verksamhetsplan med budget 2022 – 2024. Hnr 2021:1285, 2022:24.
- Gemensamma patientnämnden den 2 december 2021. Hnr 2022:25

Samhällsbyggnadsförvaltningen

Minnesanteckningar från Funktionsrättsrådet den 29 november 2021. Hnr 2021:1253.

Vård- och omsorgsförvaltningen

- Minnesanteckningar från samråd med intresseorganisationer inom funktionsstödsområdet. Hnr 2021:1251.
- Helårsuppföljning av verksamheten med Fixar-tjänst (fd. Fixar-Malte). Hnr 2022:98